

SAIRAANHOITAJIEN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISEEN LIITTYVÄ OSAAMINEN

Osaamisen itsearviointi lisäkoulutuksen alkuvaiheessa

Alhainen Anna-Riikka
Viljakainen Suvi

Opinnäytetyö
Marraskuu 2011

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) ALHAINEN, Anna-Riikka VILJAKAINEN, Suvi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 02.12.2011
	Sivumäärä 96	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi SAIRAANHOITAJIEN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISEEN LIITTYVÄ OSAAMINEN Osaamisen itsearviointi lisäkoulutuksen alkuvaiheessa		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja HEIKKILÄ, Johanna		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa lääkkeenmääräämiskoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lääkkeenmääräämiseen liittyvää osaamisen tasoa lisäkoulutuksensa alkuvaiheessa. Tavoitteena oli tuottaa hyödynnettävää tietoa koulutusta järjestävälle korkeakoululle sekä nostaa esille ne osa-alueet, joilla osaamista oli jo ennestään ja ne, joissa oli kehitettävää. Opiskelijat arvioivat osaamistaan eettisen ja juridisen, kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioinnin, näyttöön perustuvan päätöksenteon sekä lääkehoitoon liittyvän osaamisen osa-alueilla. Mittari kehitettiin Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalaisen korkeakouluverkoston asiantuntijoiden toimesta. Osaamista arvioitiin Visuaalisella Analogia-asteikolla (VAS). Janan ääripäissä olivat väittämät "en lainkaan" ja "erittäin hyvin". Aineisto kerättiin vuoden 2011 aikana sähköisen Digium Enterprise-ohjelmiston avulla. Kysely lähetettiin kaikille lisäkoulutuksen aloittaneille henkilöille (N=115), heistä kyselyyn vastasi 92,2 % (n=106). Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin SPSS 19a-ohjelmiston avulla ja avointen kysymysten vastaukset teemoiteltiin. Tulokset esitettiin keskiarvojen ja frekvenssien perusteella ja havainnollistettiin taulukoiden ja kuvioiden avulla. Tulosten mukaan osaamista oli jo ennestään eniten eettisen ja juridisen osaamisen osa-alueella. Sairaanhoidajat arvioivat osaamisensa vahvimmaksiksi konsultoinnin tarpeen ja oman vastuun tunnistamisessa lääkkeenmäärääjänä. Kehitettävää oli etenkin lääkehoidon osaamiseen liittyvällä osa-alueella. Tulosten perusteella koulutusta tulisi kohdentaa farmakologian, anatomian ja fysiologian opetukseen, potilaan kliiniseen tutkimiseen sekä tutkimusnäyttöön perustuvan tiedon hyödyntämiseen.		
Avainsanat (asiasanat) sairaanhoidajan osaaminen, sairaanhoidaja lääkkeen määrääjänä, reseptihoitaja, lääkkeenmääräämiskoulutus, lääkkeenmääräämisoikeus, tehtävänkuvien laaentaminen		
Muut tiedot		



Author(s) ALHAINEN, Anna-Riikka	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 02122011
VILJAKAINEN, Suvi	Pages 96	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title NURSE PRESCRIBING COMPETENCIES <u>Self-evaluation in the beginning of nurse prescribing education</u>		
Degree Programme Nursing		
Tutor HEIKKILÄ, Johanna		
Assigned by Jyväskylä University of Applied Sciences, Finnish University Network for Nurse Prescriber Education		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the thesis was to survey nurses' competence levels at the beginning of their prescription education. The primary goal of the thesis was to produce useful information to the universities that organize the prescription education in Finland. Another goal was to highlight those areas of competence in which expertise already existed, in addition to areas of competence that needed further development. The nurses evaluated their competence in ethical and legal areas, in that of clinical examination and health assessment, in evidence-based decision making and in medication.</p> <p>The questionnaire was developed by the consultants of the Finnish University Network for Nurse Prescriber Education. Competencies were measured by using a Visual Analogue Scale (VAS) in which the scale ranged from "not competent at all" to "highly competent". The data was collected during 2011 by using the Digium Enterprise software. The questionnaire was sent to all persons who had started the prescription education (N=115) and of those 92.2 % (n=106) answered the questionnaire. The quantitative data was processed and analyzed with the SPSS Statistics 19a programme and the answers to the open questions were organized according to themes. The results were presented with percentages and frequencies and illustrated with charts.</p> <p>According to the results, the nurses already had competence in the ethical and legal areas. They felt competent in assessing needs for consultation and recognizing their responsibilities as nurse prescribers. The competence of medical treatment was the area that especially needed improvement. According to the results, the nurses needed education in pharmacology, anatomy and physiology, clinical examination of patients and utilizing evidence-based information.</p>		
Keywords prescribing competencies, nurse prescribing, nurse prescription, nurse prescribing education, right to prescribe, developing job description		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	3
2	SAIRAANHOITAJAN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISEN OSAAMINEN JA KOULUTUKSEN KEHITTYMINEN EUROOPASSA.....	5
2.1	Englanti	5
2.1.1	Sairaanhoitajasta lääkkeenmäärääjä	5
2.1.2	Koulutusvaatimukset ja osaaminen.....	9
2.2	Ruotsi.....	14
2.2.1	Sairaanhoitajasta lääkkeenmäärääjä	14
2.2.2	Koulutusvaatimukset ja osaaminen.....	17
2.3	Irlanti	19
2.3.1	Sairaanhoitajasta lääkkeenmäärääjä	19
2.3.2	Koulutusvaatimukset ja osaaminen.....	22
2.4	Yhteenveto Englannin, Ruotsin ja Irlannin sairaanhoitajien lääkkeenmääräämiseen liittyvästä osaamisesta.....	25
3	SAIRAANHOITAJAN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISKOULUTUS SUOMESSA	28
3.1	Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen liittyvän tehtävänkuvan kehitys Suomessa.....	28
3.2	Lääkkeenmääräämiskoulutus ja sen tuottama osaaminen.....	35
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	41
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	42
5.1	Tutkimusmenetelmä ja aineiston hankintamenetelmä	42
5.2	Aineiston keruu ja analysointi	43
6	TULOKSET.....	47
6.1	Eettinen ja juridinen osaaminen	53
6.2	Kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioinnin osaaminen	55
6.3	Näyttöön perustuva päätöksenteko osaaminen.....	57
6.4	Lääkehoitoon liittyvä osaaminen	59
7	POHDINTA	63
7.1	Johtopäätökset.....	63
7.2	Tutkimuksen eettisyys, reliabiliteetti ja validiteetti.....	68
7.3	Ehdotuksemme tuleviksi jatkotutkimusaiheiksi.....	71
	LÄHTEET	72

LIITTEET.....	79
Liite 1. Itsenäisesti lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat Englannissa saavat määrätä seuraavan listan mukaisia huumausaineiksi luokiteltavia lääkevalmisteita eritellyissä terveyttä uhkaavissa tiloissa	79
Liite 2. Sairaanhoitajan määrättävissä olevat lääkeaineet Ruotsissa	80
Liite 3. Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön määrättävissä olevat lääkkeet Suomessa.....	83
Liite 4. Kyselylomake lääkkeen määräämisen lisäkoulutuksen aloittaneille opiskelijoille	85
Liite 5. Väittämien vastauksien keskiarvo, mediaani, keskihajonta sekä pienin ja suurin arvo osa-alueittain	94

KUVIOT

KUVIO 1. Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeuden kehittyminen Englannissa	s. 6
KUVIO 2. Sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeuden kehittyminen Ruotsissa	s. 15
KUVIO 3. Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeuden kehittyminen Irlannissa	s. 20
KUVIO 4. Lääkkeenmääräämisprosessi	s. 34
KUVIO 5. Koulutuksen opintokokonaisuudet ja opintojen eteneminen	s. 38
KUVIO 6. Eettisen ja juridisen osaamisen taso keskiarvoittain	s. 55
KUVIO 7. Kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioinnin osaamisen tasot keskiarvoittain	s. 57
KUVIO 8. Näyttöön perustuvan päätöksenteko osaamisen tasot keskiarvoittain	s. 59
KUVIO 9. Lääkehoitoon liittyvän osaamisen kahdeksan keskiarvoltaan parasta osaamisväittämää	s. 61
KUVIO 10. Lääkehoitoon liittyvän osaamisen seitsemän keskiarvoltaan heikointa osaamisväittämää	s. 62

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Vastaajien taustatietoja	s. 48
TAULUKKO 2. Vastaajien työtehtävät ja työkokemus	s. 49
TAULUKKO 3. Lääkkeet, joita tulee aloittamaan	s. 52
TAULUKKO 4. Lääkkeet, joita tulee jatkamaan	s. 53

1 JOHDANTO

Tarve tehostaa terveystalvaeluja ja korvata lääkärityövoiman puutetta ovat olleet kansainvälisesti tarkasteltuna sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoi-keuden ajamisen taustalla (HE 22.1.2009/283). Sairaanhoitajien rajattu lääkkeenmääräämisoi-keus on luonnollista jatkumoa Suomessa 2000-luvun alku-puolella toteutetuille tehtävnsiirroille sekä perusterveydenhuollon kehittä-miselle. Toukokuussa 2010 astui voimaan laki terveydenhuollon ammattihen-kilöistä annetun lain muuttamiseksi (L21.5.2010/433), joka mahdollistaa mui-den kuin lääkärien lääkkeen määräämisen toteutumisen.

Kansainväliset tutkimukset (mm. Bradley, Hynam & Nolan 2007; Courtenay & Carey 2008; Tyler & Hicks 2011) kolmenkymmenen vuoden ajalta useiden eri katsantokantojen osalta sairaanhoitajien lääkkeenmääräämiseen osoittavat, että sairaanhoitajat ovat turvallisia lääkkeenmäärääjiä. Potilaat sitoutuvat hy-vin sairaanhoitajien määräämään lääkehoitoon. He arvostavat sairaanhoitajien kykyä kommunikoida tehokkaasti ja tuottaa heille itselleen asiaankuuluvaa tietoa omaan terveydentilaan sekä hoitoon liittyen. Sairaanhoitajien lääkkeenmäärääminen on kustannustehokasta palveluntuottajille. (DoHC, Health Service Executive, ABA & National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery 2007, 17.)

Opinnäytetyössämme keskitymme esittelemään Englannin, Ruotsin ja Irlan-nin sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoi-keuden kehittymistä sekä lääkkeen määräämiseen liittyvää osaamista. Näistä maista Englannilla on pisin sairaan-hoitajien lääkkeenmääräämishistoria ja laajin kompetenssiin perustuva lääkkeenmääräämisoi-keus (DoH 2006). Ruotsissa terveydenhoitajille myönnettiin lääkkeenmääräämisoi-keus ennen sairaanhoitajia vuonna 1994 (Wilhelmsson &

Foldevi 2003, 644). Ruotsissa sairaanhoitajat ovat voineet määrätä lääkkeitä vuodesta 2001. Määrättävissä olevien lääkeaineiden lista on tarkkaan määriteltä ja suppea (SOSFS 2001:16). Suomalaiseen rajattuun lääkkeenmääräämiseen on otettu esimerkkiä etenkin Irlannista, jossa sairaanhoitajilla on ollut itsenäinen lääkkeenmääräämisoikeus vuodesta 2007 (Vallimies-Patomäki & Kaartamo 2009; DoHC et al. 2007, 5).

Suomessa ensimmäiset opiskelijat aloittivat lääkkeenmääräämiseen liittyvän lisäkoulutuksen keväällä 2011. Hallituksen tavoitteena on kouluttaa vuosittain n. 100 uutta lääkkeitä määräävää sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa tai kättilää (HE 22.1.2009/283). Opinnäytetyössämme tutkimuksen kohteena ovat koulutuksensa aloittaneet 115 henkilöä. Kompetenssi, kvalifikaatio, ammattitaito, kelpoisuus, pätevyys ovat kaikki osaamista kuvaavia sanoja. Opinnäytetyössä käytämme sanaa osaaminen kuvaamaan sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen liittyvää kompetenssia.

Opinnäytetyön tarkoituksena on nostaa esille osa-alueet, joissa opiskelijoilla oli jo osaamista ja osa-alueet joissa on kehitettävää. Saramäki ehdottaa opinnäytetyössään (2010) tuleviksi tutkimusaiheiksi sairaanhoitajien kokemuksia lisäkoulutuksesta ja valmiuksista lääkkeenmäärääjänä (Saramäki 2010, 39). Suomalaisten sairaanhoitajien lääkkeenmääräämiseen liittyvää osaamista ei ole aiemmin tutkittu Suomessa. Aihe on ajankohtainen ja herättää keskustelua valtakunnassa. Tavoitteena on tuottaa hyödynnettävää tietoa sairaanhoitajien lääkkeenmääräämiseen liittyvästä osaamisesta koulutusta järjestäville korkeakouluille. Opinnäytetyön toisena tarkoituksena on selvittää asiasta kiinnostuneille uudistuksen taustaa ja perusteita, keskeisiä käsitteitä sekä konkreettisia osaamisvaatimuksia sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden lääkkeen määräämiselle.

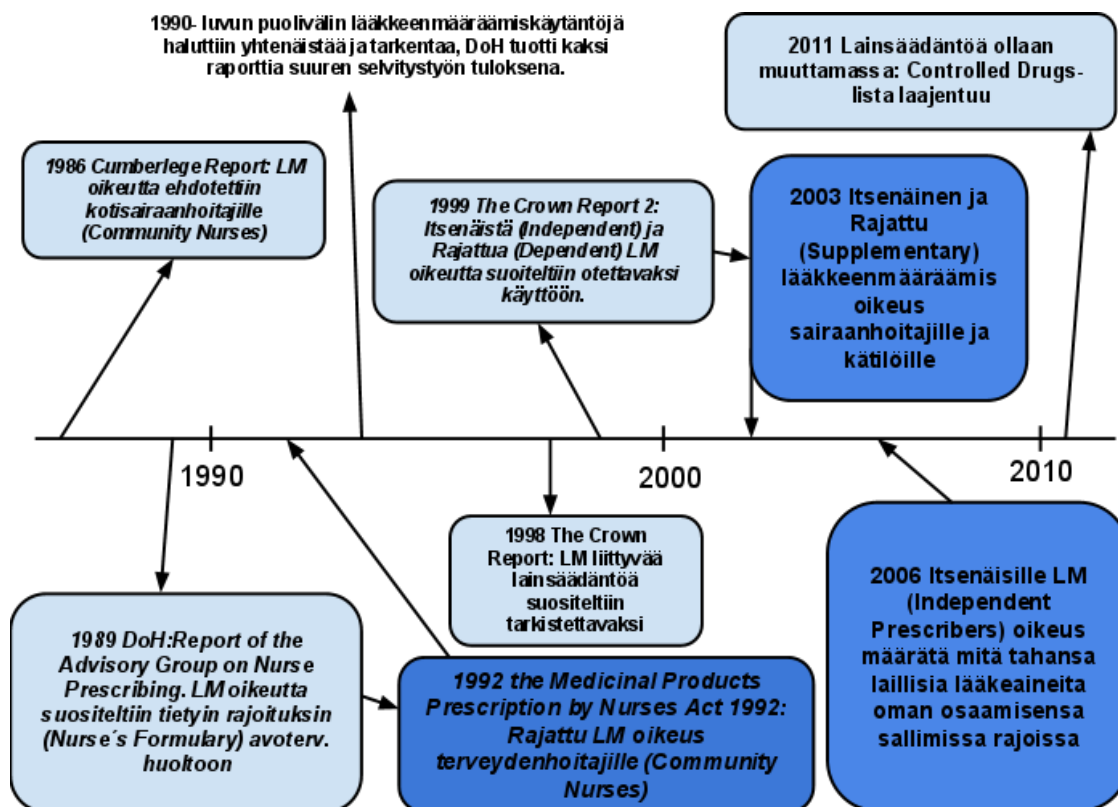
2 SAIRAANHOITAJAN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISEN OSAAMINEN JA KOULUTUKSEN KEHITTYMINEN EUROOPASSA

2.1 Englanti

2.1.1 Sairaanhoidajasta lääkkeenmäärääjä

Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämiseen liittyvä selvitystyö ja lainsäädäntöprosessi Englannissa lähti liikkeelle 80-luvun loppupuolella. Vuonna 1992 ja 1994 voimaan astuivat säännökset, jotka loivat perustan lääkkeenmääräämiseen muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kuin lääkäreiden tai hammaslääkäreiden toimesta (The Medicinal Products: Prescription by Nurses: Act 1992 and Order 1994). Vuosina 1996 ja 1997 kotisairaanhoidajien (*health visitor*) ja terveydenhoitajien (*district nurse*) lääkkeenmääräämisoikeus laajennettiin koko julkiseen perusterveydenhuoltoon. Terveydenhoitajien ja kotisairaanhoidajien lääkkeenmääräämisen piiriin kuuluvat terveydentilat ja lääkkeet on määriteltä kansallisessa lääkeoppaassa (*Nurse Prescribers' Formulary*, NPF). (Latter, Maben, Myall & Young 2007, 686; DoH 2006, 34.)

Sairaanhoidajien ja kättilöiden lääkkeenmääräämisen mahdollistanut lainsäädäntötyö oli 13-vuotisen sosiaalipoliittisen ponnistuksen tulos (Fisher 2005, 102). Vuonna 2002 tulivat voimaan säännökset sairaanhoidajan ja kättilön laajennetusta (*extended*) lääkkeenmääräämisoikeudesta ja vuonna 2003 säännökset sairaanhoidajan, kättilön ja proviisorin täydentävästä lääkkeenmääräämisoikeudesta (*supplementary prescribing*). Laajennettu lääkkeenmääräämisoikeus muuttui itsenäiseksi lääkkeenmääräämisoikeudeksi. Säännökset ovat voimassa koko Yhdistyneessä Kuningaskunnassa, kuitenkin Skotlanti, Wales ja Pohjois-Irlanti päättävät säännösten toimeenpanosta alueillaan. (HE 22.1.2009/283.) Tässä katsauksessa keskitymme vain Englannin alueeseen.



KUVIO 1. Sairaanhoidajien lääkkeenmääräämisoikeuden kehittyminen Englannissa (The Medicinal Products: Prescription by Nurses: Act 1992 and Order 1994; Latter et al. 2007, 686; DoH 2006, 34; Stephenson 2000; ANP 2009.)

Myöntämällä sairaanhoitajille lääkkeenmääräämisoikeuden Englannin hallitus tähtäsi parantamaan potilaiden hoitoa vaarantamatta potilasturvallisuutta, helpottamaan potilaiden tarvitsemien lääkkeiden saantia, laajentamaan potilaan lääkkeenhankintamahdollisuuksia, hyödyntämään paremmin terveydenhuollon ammattilaisten osaamista ja edistämään moni ammatillista yhteistyötä National Health Servicen sisällä (DoH 2006). Sairaanhoidajien lääkkeenmääräämisoikeus oli ratkaisu myös terveydenhuollon yhä kasvaviin rahameinonihin sekä terveydenhuollon lisääntyvään palvelujen tarpeeseen (Tyler & Hicks 2001, 645).

Englannin terveysministeriön (DoH 2011) mukaan muusta kuin lääkärin toteuttamasta lääkkeenmääräämisestä (*non-medical prescribing*) on olemassa kolme muotoa:

1. **Itsenäinen lääkkeenmäärääminen (*independent prescribing*)**. Itsenäisen lääkkeenmääräjän täytyy olla ensimmäisen asteen (1st level) sairaanhoitaja, kätilö tai terveydenhoitaja, jonka tiedot tulee olla rekisteröitynä Nursing and Midwifery Council (NMC)- ammattihenkilöiden rekisteriin. Rekisteri varmistaa, että hoitaja on virallisesti läpäissyt vaadittavan koulutuksen itsenäiseen lääkkeenmääräämiseen. Heistä käytetään ammattinimikettä *Nurse Independent Prescriber (NIP)*. Vuodesta 2006 lähtien nämä lisäkoulutuksen käyneet sairaanhoitajat ovat saaneet määrätä mitä tahansa laillisia lääkkeitä, mukaan lukien jotkin huumeusaineiksi luokitellut valvotut lääkkeet oman kompetenssinsa puitteissa (ks. liite 1). (DoH 2006, 5; The Nurse Prescribers' Formulary (NPF) 2009, 5.)
2. Terveydenhoitajien ja kotisairaanhoidon ja kansanterveyden parissa työskentelevien sairaanhoitajien (*Specialist Community Public Health Nurse, sisältää Health Visitor*) toteuttama **rajoitettu lääkkeenmäärääminen**. Tätä lääkkeenmääräämismuotoa toteuttavaa ammattihenkilöä nimitetään *Community Practitioner Nurse Prescriber*. *Nurse Prescribers' Formulary for Community Practitioners* määrittää mitä lääkeaineita ja hoitotarvikkeita rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavat terveyden-/sairaanhoitajat voivat määrätä (The Nurse Prescribers' Formulary (NPF) 2009).
3. **Täydentävä lääkkeenmäärääminen (*supplementary prescribing*)**, joka sallii lisäkouluttautuneiden ja rekisteröityjen sairaanhoitajien, farmaseuttien, fysioterapeuttien, jalkahoitajien, röntgenhoitajien ja optikoiden määrätä niitä lääkkeitä, jotka ovat listattuina potilaan yksilölli-

seen hoitosuunnitelmaan (*CMP*). Hoitosuunnitelmasta on hoitajan kanssa vastuussa lääkäri ja se on tehty potilaan kanssa yhteisymmärryksessä. Näiden sairaanhoitajien nimike on *Nurse Supplementary Prescriber (NSP)*.

(DoH 2011.)

Lääkkeen määräämisen mukana tuomaa uutta roolia ei ole ollut välttämättä helppo istuttaa totuttuihin toimenkuviin. Fisher (2005, 106) tutki vuonna 2003-2004 lääkkeitä määrävien terveydenhoitajien ja lääkkeen määräämiseen liittyvien toimijoiden välisiä suhteita. Terveydenhoitajat olivat käyneet asianmukaisen lääkkeenmääräämiskoulutuksen ja olivat oikeutettuja määräämään *Nurse Prescribers' Formulary (NPF)*-listan mukaisia lääkkeitä. Tutkimus osoitti, että lääkkeitä määräävät terveydenhoitajat vaikuttivat tyytymättömiltä lääkkeenmääräämiseen liittyviin hallinnollisiin seikkoihin. Monet vastaajista olivat palanneet aikaisempiin toimintamalleihinsa, huolimatta saadusta lääkkeenmääräämisoikeudesta. Terveydenhoitajat ikään kuin hakivat edelleen lupaa harjoittaa uutta lääkkeenmääräämisrooliaan. (Fisher 2005, 106.)

Diabeteshoitajat (*Diabetes Specialist Nurse, DSN*) ovat tehneet lääkkeenmääräämiseen liittyvää päätöksentekoa jo 25 vuotta ennen lääkkeenmääräämisen mahdollistavaa lakiuudistusta. Päätöksenteko-osaamiseen liittyy sairaanhoitajien kyky arvioida potilaan tilaa, sekä terveydentilan havainnointi ja siitä raportointi. (Padmore 2005, 18.) Courtenayn ja Careyn tutkimuksessa (2008, 403) vuonna 2006 kerätyn aineiston analysointi (439 sairaanhoitajaa) osoittaa, että 95,1 % oli määrännyt itsenäisesti lääkkeitä ja 49,8 % täydentävää lääkkeenmääräämistä käyttäen. Padmore kirjoitti (2005, 20), ettei täydentävä lääkkeenmääräämisoikeus tule olemaan riittävä työkalu diabeteksen hoidossa ja että tämä lääkkeenmääräämismuoto epäonnistuisi hyödyntämään sairaanhoi-

tajan jo olemassa olevia taitoja (Padmore 2005, 20). On kuitenkin todistettu, että vaikka itsenäistä lääkkeenmääräämisoikeutta käytetään diabeteksen hoidossa enemmän, diabeteksen hoito on tärkeä täydentävästi lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien (*NSP*) toiminta-alue. Sairaanhoitajan lääkkeenmääräminen nähtiin positiivisena asiana diabetesta sairastavien potilaiden hoidossa, se mahdollisti potilaan nopeamman lääkkeen saannin, potilaiden hoidon laatu parani, lääkkeen määräämisoikeus hyödynsi sairaanhoitajien taitoja entistä paremmin ja edisti sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä (Courtenay & Carey 2008, 403-411). Vuodesta 2003 sairaanhoitajan täydentävää lääkkeenmäärämisestä on käytetty myös mielenterveyshoitotyössä. Mielenterveyden osa-alueella ei havaittu merkittävää eroa täydentävän ja itsenäisen lääkkeenmääräämistävän välillä tarkasteltaessa potilaiden lääkehoitoon sitoutumista ja kustannustehokkuutta. (Norman, Coster, McCrone, Sibley & Whittlesea 2010.)

2.1.2 Koulutusvaatimukset ja osaaminen

Itsenäinen lääkkeenmääräminen on ammattihenkilön (esim. lääkäri, hammaslääkäri, sairaanhoitaja, farmaseutti) vastuullista lääkkeen määräämistä, huomioon ottaen potilaan diagnosoidun ja diagnosoimattoman terveydentilan ja siihen vaikuttavat muut seikat. Yhdessä potilaan kanssa tehty päätös lääkkeen aloittamisesta on yksi kliinisen hoidon osatekijä. Jotta tähän päästään, täytyy potilaan tila arvioida, tehdä tulkinta arviosta, päätös turvallisesta ja tehokkaasta hoidosta ja seurata tämän päätöksen kulkua. (DoH 2006, 2.)

Lääkkeenmääräämiskoulutukseen hakevien sairaanhoitajien valintaan vaikuttaa alueen organisaatio ja paikallisten potilaiden tarpeet. Jokaisella koulutukseen valitulla täytyy olla mahdollisuus määrätä lääkkeitä suorittaakseen harjoittelun. (DoH 2006, 5.) Koulutuksen suorittanut opiskelija saa valmiudet sekä itsenäiseen, että rajattuun lääkkeenmääräämiseen (DoH 2006, 11).

Koulutukseen pyrkivän hakijan tulee (1) kyetä opiskelemaan vähintään tasolla kolme (degree level). (2) Sairaanhoitajalla täytyy olla rekisteröitymisen jälkeen ainakin kolme vuotta käytännön kokemusta ja ainakin yksi vuosi kokemusta työskentelystä kyseiseltä hoitotyön osa-alueelta, jossa aikoo lääkkeitä määrätä. (3) Sairaanhoitajan täytyy olla kyvykäs tekemään anamneesin, kliinisen arvion ja diagnoosin. (4) Sairaanhoitajan täytyy hallita kokonaisvaltaisesti potilaan psyykkisen ja fyysisen tilan arviointi ja ymmärtää sen alainen patologia (tautioppi) ja siihen sopiva lääkehoito. Tämä käsittää tiedon hoidettavasta sairaudesta, ymmärryksen potilaan yksilöllisyydestä sekä tiedon tehoavista lääkkeistä. (DoH 2003, kappale 30; DoH 2006, 7.)

NMC ja Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (RPSGB) ovat asettaneet vähimmäisvaatimukset koulutuksen järjestämiseen. Koulutusohjelmassa on oltava vähintään 26 päivää korkeakouluopetusta ja vähintään 12 päivää käytännön harjoittelua. Sairaanhoitajalla tulee olla harjoittelussaan ohjaajanaan lääkäri. Lähiopetus ja harjoittelu täytyy suorittaa kolmen - kuuden kuukauden ajanjakson aikana. (DoH 2003, kappale 32; DoH 2006, 11.) Esimerkiksi Suur-Lontoon Yliopistossa "*Independent and Supplementary Nurse Prescribing*"-koulutuksen suorittaminen kestää n. vuoden (45 viikkoa). Opiskelu jakaantuu; 15 viikkoa portfolion tekoon, 15 viikkoa käytännön arvioon ja 15 viikkoa kirjalliseen kokeeseen. (London Metropolitan University 2011.) Lääkkeenmääräämiskoulutus voidaan suorittaa vaihtoehtoisesti etäopiskeluna. Etäopiskelujaksolla täytyy olla vähintään kahdeksan päivää kontaktiopetusta ja 10 päivää ohjattua harjoittelua, jonka aikana opiskelijaa arvioidaan antamiensa näyttöjen perusteella. (DoH 2006, 11.)

Koulutuksen suorittanut sairaanhoitaja osaa:

1. arvioida potilasta/asiakasta, asiakkaita, vanhempia ja huoltajia, sekä neuvotella heidän kanssaan;
2. ottaa huomioon perusteellisen historian, sisältäen lääkkeiden käyttöhistorian ja nykyiset lääkitykset (myös käsikauppa- ja/tai luontaistuotevalmisteet) päästessään diagnoosiin;
3. ymmärtää ja käyttää oleellista lainsäädäntöä osana sairaanhoitajan/kätilön lääkkeenmääräämistä;
4. kriittisesti arvioida, käyttää hyväkseen tietopohjaa/ neuvoja/ päätöksentekoa helpottavia systeemejä lääkkeenmääräämiskäytännössään;
5. kykenee ymmärtämään seikat, jotka voivat olla vaikuttamassa lääkkeenmääräämisen, osata tuoda esille eettinen osaaminen omassa lääkkeenmääräämisen harjoittamisessa;
6. ymmärtää ja käyttää lääkkeen vaikutuksen tietoperustaa lääkkeenmääräämisessä;
7. ymmärtää muiden rooleja ja vaikutuksia osana lääkkeenmääräämisprosessia (toimittaminen, jakaminen);
8. määrätä lääkkeitä turvallisesti, tarkoituksenmukaisesti ja kustannustehokkaasti;
9. toimia vastuullisesti ja omaa ammatillista vastuutaan kantaen;
10. kehittää potilaan yksilöllisen hoitosuunnitelman (*clinical management plan*) lainsäädännöllisten vaatimusten mukaan (vain täydentävä lääkkeenmääräämisoikeus, *supplementary prescribing*);
11. osoittaa ja ymmärtää oikeudelliset, kognitiiviset, emotionaaliset ja fyysiset eroavaisuudet aikuisten, vastasyntyneiden, lapsien ja nuorten välillä.

(London Metropolitan University 2011.)

NMC on laatinut ohjeistuksia sairaanhoitajien ja kättilöiden hyvästä toiminnasta ja osaamisesta lääkkeenmääräämiseen liittyen (NMC 2006; NMC 2008). Terveysministeriön (DoH) toimeksiantamana National Health Service (NHS) ja The National Prescribing Centre (NPC) ovat laatineet osaamisvaatimukset lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien tueksi yhteistyössä English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting, Royal College of Nursing ja United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery and Health Visiting kanssa. NPC on monitieteinen NHS:n alainen organisaatio, jota terveysministeriö rahoittaa. Lääkkeenmääräämiseen liittyvä osaaminen on jaettu kolmeen osaamisalueeseen, jotka kaikki sisältävät kolme erilaista osaamisvaatimusta:

1. Konsultaatio (kliininen ja farmaseuttinen osaaminen, vaihtoehtojen etabloituminen, potilaiden kanssa kommunikointi),
2. Lääkkeen määrääminen tehokkaasti (lääkkeen määrääminen tehokkaasti, lääkkeen määrääminen ammatillisesti, lääkkeen määräämisen käytännön kehittäminen) ja
3. Lääkkeen määräämisen taustat (lääkkeen määräämisen taustat, NHS:n taustat, tiimin ja yksilön taustat).

(NHS & NPC 2001.)

Jatkuva ammatillinen kehitys halutaan taata, että lääkkeenmäärääminen olisi mahdollisimman turvallista. Terveysministeriö ohjeistaa lääkkeitä määrääviä sairaanhoitajia ja kättilöitä velvollisuudesta jatkokouluttautumiseen ja osaamisen päivittämiseen (DoH 2006, 14). Sairaanhoitajaa ja kättilöä ohjaa ammattitaidon ylläpitoon myös NMC:n antamat hyvän menettelytavan ja eettisen toiminnan ohjeet (NMC 2008, 6). Työnantajaa kehoitetaan mahdollistamaan sairaanhoitajan jatkokouluttautuminen ja lääkkeenmääräämisen osaamisen päivittäminen (DoH 2006, 14). McHale (2010, 316) kirjoittaa Englannin terve-

ysministeriön korostavan suosituksessaan (DoH 2006) lääkkeenmääräämiskoulutuksen olevan sairaanhoitajille vapaaehtoista. McHale pohtii kuinka pitkälle vapaaehtoisuus todellisuudessa kantaa, kun lääkkeenmääräämisen osaaminen alkaa nykyään olla olennainen osa monia urakehitysmahdollisuuksia (McHale 2010, 316).

Bradley, Hynam ja Nolan (2007) tekivät laadullisen tutkimuksen lääkkeenmääräämiskoulutuksesta vastikään valmistuneiden sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisestä ja sen turvallisuudesta. Sairaanhoitajat kokivat, että koulutuksen suorittaminen antoi heille valmiudet osaamisen kehittymiseen, enemmän kuin olisi täysin valmiiksi lääkkeenmäärääjäksi tekevä. Ajateltiin, että tekemisen myötä varmuus lääkkeen määräämiseen kasvaa. Sairaanhoitajan toteuttaman lääkkeenmääräämisen liittyvän turvallisuuden koettiin alkavan jo koulutukseen hyväksymisestä - tiettyjen kriteerien täyttäminen esim. työkokemuksen määrän osalta koettiin tuovan turvallisuutta. Sairaanhoitajat toivoivat työpaikoille enemmän keskustelua lääkkeenmääräämiseen liittyen, mm. keskustelut lääkärin kanssa lääkkeen määräämisen perusteista koettiin hedelmällisiksi. Jatkuva henkilökohtainen tietojen ja taitojen päivittäminen ylläpitää turvallista lääkkeenmääräämisen käytäntöä. Täydentävään lääkkeenmääräämiseen liittyvä potilaan yksilöllinen hoitosuunnitelma (CMP) koettiin myös turvallisuutta lisääväksi ainakin silloin kun siinä listattuja lääkkeitä on vähän ja valinnan vapaus näin kapea. Mentorin saatavuus ja moniammatillisen työryhmän tuki olivat tärkeitä lääkkeitä määrääville sairaanhoitajille. (Bradley, Hynam & Nolan 2007, 599-604.)

2.2 Ruotsi

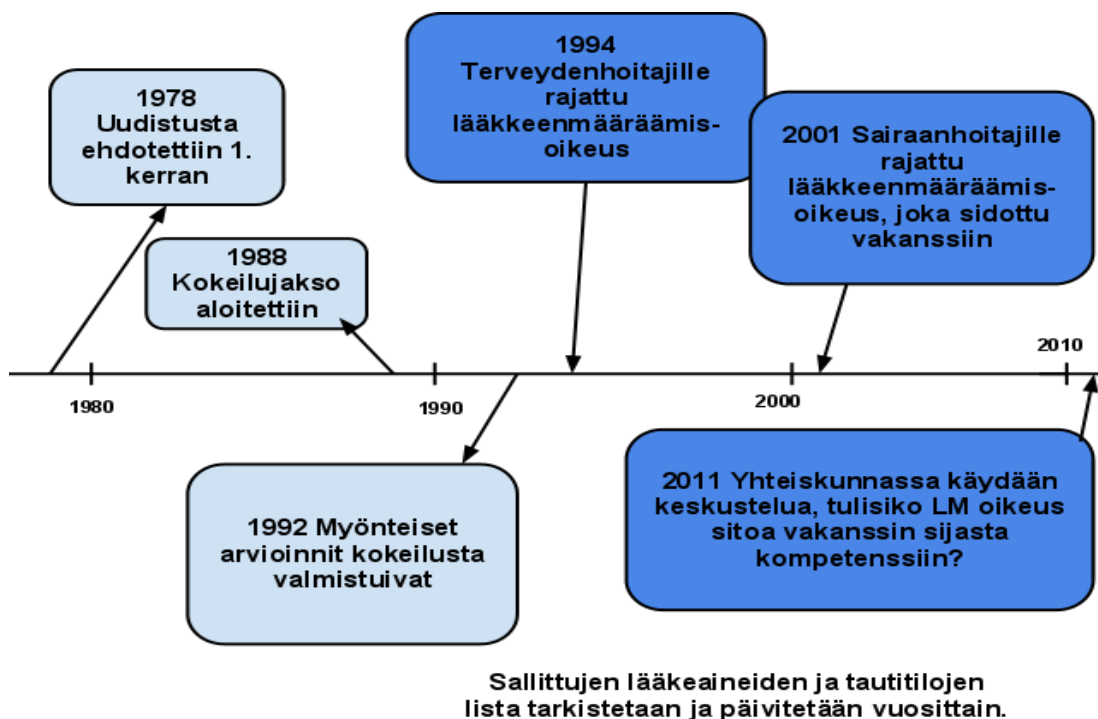
2.2.1 Sairaanhoidajasta lääkkeenmäärääjä

Ruotsissa vain lääkäriellä on rajoittamaton lääkkeenmääräämisoikeus. Tietyillä ammattiryhmillä on rajattu lääkkeenmääräämisoikeus, kuten esim. hammaslääkäreillä ja sairaanhoidajilla, joilla on asianmukainen koulutus farmakologiasta ja tautiopista. (Förskrivningsrätt 2009.) Verrattuna tässä opinnäytetyössä esitettyihin muihin maihin Ruotsissa sallittu lääkevalikoima on suppeampi ja indikaatiot tarkkaan määritetty (ks. liite 2).

Vuodesta 1994 ruotsalaisilla terveydenhoitajilla on ollut rajattu oikeus lääkkeenmääräämiseen. Ensimmäisen kerran uudistusta ehdotettiin jo vuonna 1978. Kymmenen vuotta myöhemmin, vuonna 1988 alkoi kokeilujakso, jossa 37 viiden viikon lisäkoulutuksen käynyt terveydenhoitaja sai lääkkeenmääräämisoikeuden. Vuonna 1992 julkaistiin Lövgren & Åhrbergin ja Trellin arvioinnit kokeilusta ja molempien arviointien tulokset olivat uudistuksen laajentamisen kannalta myönteisiä. Yleislääkärit olisivat tuolloin halunneet toistaa kokeilujakson, mutta valtio päätti myöntää rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden aiempien näyttöjen perusteella. Nykyään terveydenhoitajan peruskoulutus sisältää lääkkeenmääräämisoikeuden edellyttämän farmakologian ja tautiopin koulutusvaatimukset. (Wilhelmsson & Foldevi 2003, 644.)

Sairaanhoidajilla rajattu lääkkeenmääräämisoikeus on ollut vuodesta 2001 (SOSFS 2001:16). Ruotsissa sairaanhoidajan ns. peruskoulutus kestää 3 vuotta (180 op). Sairaanhoidajaksi voi valmistua joko yliopistosta tai korkeakoulusta. Yliopistosta valmistuva sairaanhoidaja suorittaa myös kandidaatintutkinnon hoitotieteistä alanaan hoitotyö. (Sjuksköterskeutbildning n.d.) Sosiaalihuoltuksen määräyksen (SOSFS 2001:16, 2 §) mukaan sairaanhoidajalta vaaditaan

peruskoulutuksesta riippuen 60–75 opintopisteen lisä- tai erikoistumiskoulutusta lääkkeenmääräämiseen. Lisä- tai erikoistumiskoulutuksen tulee sisältää 15–30 opintopistettä farmakologiaa ja tautioppia. (SOSFS 2001:16, § 2.)



KUVIO 2. Sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeuden kehittyminen Ruotsissa (Wilhelmsson & Foldevi 2003, 644; SOSFS 2001:16.)

Jotta sairaanhoitaja voi määrätä lääkkeitä Ruotsissa, hänellä tulee olla vaadittava osaaminen ja vaaditut työolosuhteet. Sairaanhoitajan tulee löytyä Sosiaalihuollituksen rekisteristä ja hänellä tulee olla reseptinkirjoitusta varten Sosiaalihuollituksen myöntämä henkilökohtainen numero. Reseptinkirjoitusoikeus koskee kunnan palveluksessa olevia terveydenhoitajia, joiden toimialueena on perusterveyden- tai vanhustenhuolto. Muilta sairaanhoitajilta vaaditaan työpaikka tietyssä vanhusten palveluasumisessa tai vanhuksien tai vammaisten kotisairaanhoidossa kunnan terveydenhoitoalalla tai vastaavanlaisessa julkis-
sin varoin rahoitetussa toiminnassa. (Förskrivningsrätt för legitimerade sjuks-

köterskor 2009; SOSFS 2001:16, § 3.) Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaava sairaanhoitaja voi määrätä tiettyjä lääkeaineita tiettyihin oireisiin, tiettyin rajoituksin esim. ummetukseen parafiinia tai laktuloosia, kipeään haavaan lidokaiinia tai lievään/kohtalaiseen kipuun ibuprofeinia, asetyylisalisyylihappoa tai parasetamolia (SOSFS 2001:16, § 1 bilaga). Lääkkeet ovat pääasiassa itsehoitolääkkeitä (ks. liite 2).

Yleiset kriteerit sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen Ruotsissa ovat:

- lääkkeenmääräämisen indikaatioiden tulee olla hoitotyöhön liittyviä eikä niiden tule vaatia laboratoriotestejä (poikkeus viljelyn perusteella varmistettu tulirosko ja tähän määrättävä V- penisilliini);
- lääkevalmisteen tulee olla hyväksytty ja ollut käytössä vähintään kaksi vuotta;
- reseptin tulee koskea vain laissa SOSFS 2001:16 liitteenä olevassa listassa määritellyjä indikaatioita ja annettu vain laillistetulta lääkkeenmääräämisoikeuden omaavalta sairaan-/terveydenhoitajalta;
- Sallittujen lääkeaineiden ja tautitilojen lista tulee uudistaa vuosittain;
- kirjaamis- ja vastuullisuussäännöt ovat samat kuin lääkäreillä.

(Wilhelmsson & Foldevi 2003, 644; SOSFS 2001:16, § 1 bilaga.)

Karin Josefsson (2011, 11) on laatinut raportin toimeksiantajinaan Vårdförbundet ja Svensk sjuksköterskeförening hyvästä ja turvallisesta vanhusten kotisairaanhoidosta. Josefsson kirjoittaa, ettei lääkehoito voi korvata hyvää hoivaa. Jotta lääkkeenmääräämiseen liittyvä osaaminen saataisiin hyödynnettyä maksimaalisesti vanhusten hoidossa, tulisi lääkkeenmääräämisoikeus liittää sairaanhoitajaan jolla on kyseiseltä osa-alueelta tieto-taitoa, eikä niin kuin tänä päivänä on, vakanssiin jossa sairaanhoitaja toimii. (Josefsson 2011, 11.)

Samoilla linjoilla on hoitoalan ammattijärjestö Vårdförbundetin asianajaja Ca-

rita Fallström kirjoittaessaan sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen tulevaisuuden näkymistä. Vårdförbundet- ammattijärjestön mielipide on, että lääkkeenmääräämisoikeus tulisi sitoa yksinomaan kompetenssiin, eikä vakanssiin. Fallström kirjoittaa, että myös muiden kuin julkisin varoin rahoitettujen terveyspalvelujen tuottajat hyötyisivät sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoi-
keudesta, esimerkiksi hyvässä hoitotasapainossa olevien diabetespotilaiden reseptien uusiminen säästäisi potilaan aikaa ja vähentäisi lääkäreiden kuormitusta (Fallström 2011.)

2.2.2 Koulutusvaatimukset ja osaaminen

Umeå:n yliopisto tarjoaa 15 opintopisteen lisäkoulutusta lääkehoidosta ja lääkkeenmääräämisoikeudesta sairaanhoitajille vuonna 2011 seuraavilla ehdoilla: tullakseen hyväksytyksi koulutukseen opiskelijan tulee olla laillistettu sairaanhoitaja. Hänen tulee puhua äidinkielenään ruotsia, tai muulla tavoin osoittaa täyttävänsä kielivaatimukset. Jollei hänellä ole hoitotieteiden kandidaatintutkintoa, niin sitä vastaavasti olla suorittanut tieteellisiä opintoja. Hakijalla tulee olla kokopäiväistä työkokemusta vuosi.

Opiskelu toteutetaan pääasiassa verkko-opetuksena. Työskentelytavat vaihtelevat yksin opiskelusta ryhmittöihin, luentoihin ja seminaareihin. Kurssilla tehdään tutustumiskäynti. Varsinaista kliinisen työn opiskelua kurssiin ei sisälly. Kurssi käsittelee farmakologiaa ja farmakoterapiaa, lääkehoitoa tarkastellaan hoitotyön näkökulmasta. Asiaankuuluva lainsäädäntö käsitellään. Lääkkeiden käyttöä lapsilla ja vanhuksilla, sekä raskauden ja imetyksen aikana käsitellään. Kurssi sisältää tautioppia, hoito-oppia ja farmakoterapiaa suuntautuen allergiasairauksiin, astmaan, ihotauteihin, infektio-
tauteihin, tulehdussellisiin tiloihin ja kipuun, korva- ja silmäsairauksiin, suun terveyson-

gelmiin, maha- ja suoliongelmiin, ravinnonpuutostiloihin, gynekologisiin vai-
voihin ja virtsankarkailuun. (Umeå'n yliopisto 2011.) Opinto-ohjelmassa käsi-
tellään koko Sosiaalihuollon luetteloima (SOSFS 2001:16, § 1 bilaga) tautiti-
la- ja lääkevalikoima jonka sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeus kattaa.

Koulutuksen tuottama osaaminen:

1. Sairaanhoitaja kykenee ymmärtämään ja arvioimaan lääkehoidon vai-
kuttamismekanismeja ja ihmiskehosta eliminoitumista.
2. Hän tunnistaa syvällisen ymmärryksen kautta ne tautitilat joita lääk-
keenmääräämisoikeus koskee ja osaa arvioida iän, fysiologisten oimi-
naisuuksien, sukupuolen, sosiaalisenluokan ja etnisen taustan vaiku-
tukset lääkehoitoon.
3. Sairaanhoitaja ymmärtää ja osaa informoida lääkkeistä, joiden käyttö
on kielletty raskauden tai imettämisen aikana.
4. Hänelle muodostuu kyky tunnistaa ja kriittisesti arvioida terveyden-
hoitajan vastuualueen lääkkeen määräämistä käsittävää kirjallisuutta ja
toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitoa.
5. Hän pystyy määräämään laissa määritellyjä tiettyjä lääkkeitä, toteuttaa
siihen liittyen hyvää dokumentointia ja lääkkeen vaikuttavuuden arvi-
ointia.
6. Sairaanhoitaja osaa ennaltaehkäistä, tunnistaa, ryhtyä toimenpiteisiin
sekä raportoida lääkkeiden sivuvaikutuksia sekä kriittisesti arvioida
potentiaalisia runsaan lääkkeiden käytön negatiivisia vaikutuksia

(Umeå'n yliopisto 2011.)

2.3 Irlanti

2.3.1 Sairaanhoidajasta lääkkeenmäärääjä

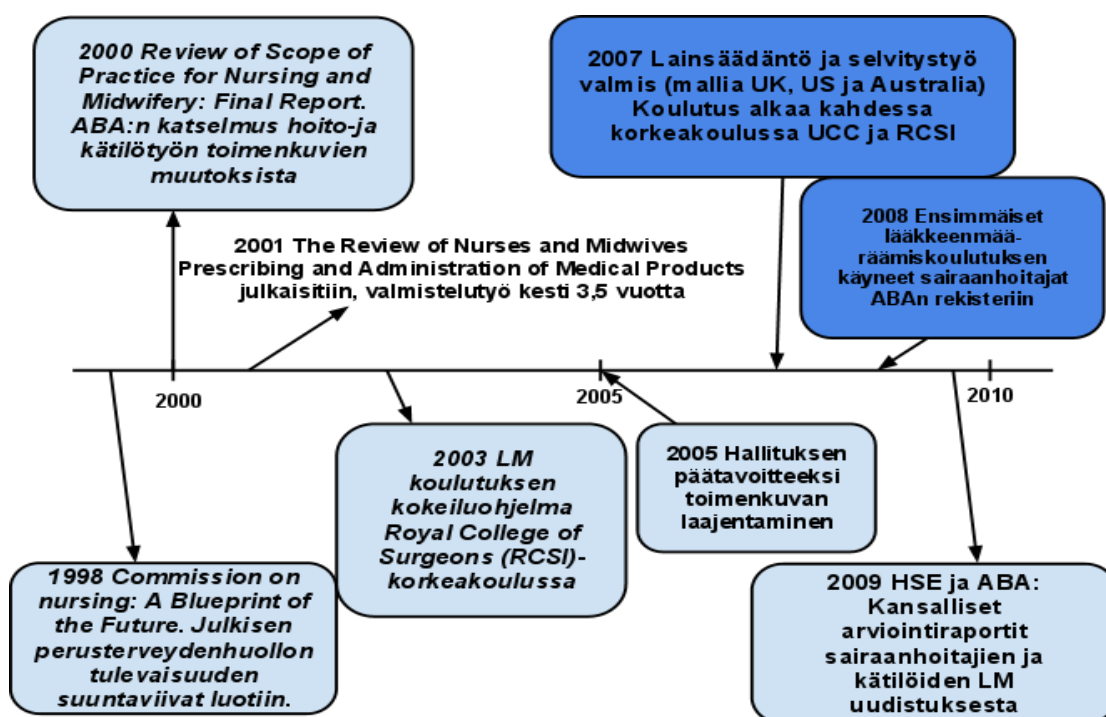
Irlannissa sairaanhoidajien ja kätilöiden lääkkeenmääräämiseen johtanut prosessi katsotaan saaneen alkunsa kahdesta avaindokumentista. Vuonna 1998 Irlannin julkisen terveydenhuollon järjestelmä julkaisi raportin tulevaisuuden suunnitelmista: *Report of the Commission on Nursing: A Blueprint of the Future*. Kahta vuotta myöhemmin An Bord Altranais (ABA) julkaisi *Review of Scope of Practice for Nursing and Midwifery: Final Report*. Näiden raporttien innoittamana alkoi useita vuosia kestänyt perusteellinen sairaanhoidajien lääkkeenmääräämiseen liittyvien taustojen selvitystyö sekä lainsäädännön kehittäminen. (Drennan, Naughton, Allen, Hyde, Felle, O'Boyle, Treacy & Butler 2009, 3.)

Vuonna 2005 Irlannin terveys- ja lapsiasiain ministeri (the Irish Minister of Health and Children) Mary Harney lausui ministeriön tiedotteessa lokakuussa tukensa sairaanhoidajien ja kätilöiden toimenkuvan laajentamiselle. Hän asetti sairaanhoidajien ja kätilöiden lääkkeenmääräämisoikeuden toteutumisen hallituksen päätavoitteeksi. Tehtäväkuvan laajentamisen tarpeellisuutta perusteltiin sosiaalisilla ja väestötieteellisillä muutoksilla, mm. väestön ikääntymisellä, palvelujen tarpeiden muuttumisella yksityiskohtaisemmiksi, mm. diabeteksen, astman ja syöpätautien osalta. Uudistuksen perusteina olivat myös taloudelliset hyödyt. (DoHC 2005.)

Lainsäädäntötyö saatettiin päätökseen vuonna 2007, kun lait astuivat voimaan (DoHC et al. 2007, 5; Drennan et al. 2009, 3). ABAlla on ollut suuri rooli asian valmistelussa ja myöhemmin arvioinnissa (ABA & National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery 2008). ABA on Irlannin sairaanhoidajien ammattikunnan säätelyelin. Se ylläpitää rekisteriä Irlannissa olevista hoitajista ja toimii ammattikunnan eettisen toiminnan mallina. ABA

on velvoitettu toimimaan maan terveys- ja lapsiasiain ministeriön (DoHC) neuvonantajana lainsäädännön tukena ja sairaanhoitajien ja kättilöiden ammattien kehittäjänä. (ABA 2011.)

Irlannissa sairaanhoitajien ja kättilöiden lääkkeenmääräämiskoulutus aloitettiin huhtikuussa 2007 kahdessa korkeakoulussa: Royal College of Surgeons an Ireland ja University College Cork (UCC). Koulutuksen virallinen nimi on Certificate in Nursing (Nurse/Midwife Prescribing) (ABA & National Council of Nursing and Midwifery 2008, 16). Ensimmäiset lääkkeenmääräämisoikeudelliset sairaanhoitajat ja kättilöt (*Registered Nurse Prescriber, RNP*) rekisteröitiin ABAiin tammikuun lopulla vuonna 2008 (Pharmceutical Society of Ireland, Health Service Executive & Nursing Services Editor 2009, 43). Helmikuussa 2012 koulutusta järjestäviä korkeakouluja odotetaan olevan kaiken kaikkiaan seitsemän (Creedon 2011).



KUVIO 3. Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeuden kehittyminen Irlannissa (Drennan, et al. 2009, 3; DoHC 2005; DoHC et al. 2007, 5; ABA & Nation-

al Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery 2008; Pharmaceutical Society of Ireland et al. 2009, 43; Creedon 2011.)

Irlannissa sairaanhoitajat ja kättilöt voivat määrätä lääkkeitä laitos- sekä avohoidossa (DoHC et al. 2007, 6). Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeutta ei ole rajattu kansallisella lääkeluettelolla kuten Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa, vaan lääkkeen määräämisen laajuus perustuu terveydenhuollon yksikön toimintaan ja potilaiden hoidontarpeisiin. Vaikkakin Irlanti on toiminut esimerkkinä Suomen valmistellessa säädöksiä sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön rajattuun lääkkeenmääräämisoikeuteen (Vallimies-Patomäki & Kaartamo 2009), Suomessa sairaanhoitajat ja kättilöt eivät voi määrätä lääkkeitä laitosolosuhteissa vaan pelkästään perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa (L 21.5.2010/433).

Irlannissa lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat ja kättilöt otettiin vastaan positiivisesti kaikilla alueilla, joille heidät esiteltiin ja useita tehtävänkuvan laajentamisen hyötyjä tunnustettiin. Havaittiin, että lääkkeenmääräämisoikeus mahdollisti sairaanhoitajalle potilaan hoidon kokonaisvaltaisuudesta vastaamisen - potilaiden tarpeisiin pystyttiin vastaamaan ajallaan ja näin ollen paremmin tuloksin. (Health Service Executive & Nursing Services Director 2009, 16; Drennan et al. 2009, 64, 74, 81.)

Lockwood ja Fealy kartoittivat vuonna 2008 irlantilaisten erikoistumisopintojen suorittaneiden sairaanhoitajien ajatuksia lääkkeitä määräävistä sairaanhoitajista. Pääosa *Clinical Nurse Specialist (CNS)*- ammattinimikkeellä toimivista suhtautuvat positiivisesti hoitajien työnkuvan laajenemiseen (CNS vastaa Suomessa ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittanutta sairaanhoitajaa). Pelko riita-asiain oikeudenkäynneistä nousi suurimmaksi huolenai-

heeksi sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiselle. Suurin osa vastaajista liitti lääkkeiden määräämisen lisääntyvään itsenäisyyteen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon. Tutkijat peräänkuuluttavat oikeudellisten seuraamusten tarkempaa selvittelyä sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeuden toimeenpanossa. (Lockwood & Fealy 2008, 817-818.)

2.3.2 Koulutusvaatimukset ja osaaminen

Rekisteröidyiltä lääkkeenmääräämiseen oikeutetuilta hoitajilta (*RNP*) vaaditaan paljon harkintakykyä ja kykyä tehdä päätöksiä omalla hoitotyön osa-alueellaan määrätessään lääkkeitä (Health Service Executive & Office of the Nursing Services Director 2008, 39). Se, keitä koulutukseen hyväksytään, on tarkkaan määritelty henkilön, työpaikan ja olosuhteiden osalta. Sairaanhoitajan tai kätilön täytyy olla rekisteröitynyt johonkin ABAn jaostoista (yleinen, psykiatrinen -, lasten -, vammaisten -, kansanterveyshoitaja tai kätilö), hänellä täytyy olla rekisteröitymisen jälkeen viiden vuoden aikajaksolta ainakin kolme vuotta käytännön työkokemusta ja ainakin yksi vuosi kokemusta työskentelystä kyseiseltä hoitotyön osa-alueelta, jossa tulee lääkkeitä määräämään. Hänen täytyy myös osoittaa olevansa kykenevä ylemmän korkeakouluasteen opiskeluun. (Pharmaceutical Society of Ireland et al. 2009, 44.)

Koulutus koostuu seuraavista kokonaisuuksista: sairaanhoitajan ja kätilön ammatillinen vastuuntunto lääkkeenmääräämisessä, lääkkeiden vaikutukset ja terapeutiikka ja systeeminen arviointi ja arvio potilaan hoitamisessa (DoHC et al. 2007, 14). Koulutus kestää vähintään puoli vuotta, teoriaosuus opiskelaan koulussa 26 päivää eli 156 tuntia (Creedon 2011) ja käytännön harjoittelujaksot nimetyn ohjaavan lääkärin johdolla sairaanhoitajan tai kätilön omassa työpaikassa vähintään 12 päivää eli 96 tuntia (Pharmaceutical Society of Ire-

land et al. 2009; Health Service Executive & Office of the Nursing Services Director 2008, 40; Creedon 2011).

Työpaikka on opiskelijan käytännön harjoittelun paikka ja sille on asetettu tietyt vaatimukset. Työpaikan tulee tukea sairaanhoitajan/kätilön opiskelua ja harjoittelua. Työpaikan täytyy antaa virallinen ilmoitus (Site Declaration Form), jossa se vahvistaa menettelytapansa lääkkeitä määräävien hoitajien suhteen, tarkoituksenmukaisten riskin hallintakeinojen olemassaolon, varmistaa Drugs and Therapeutics Committeeen (DTC) edellyttämän lääkkeenmääräämisen valvonta- ja seurantaohjelman olemassaolon (Minimum Dataset), jokaiselle hoitajalle oman nimetyn ohjaajan, pääsyn ammattihenkilöille tarkoitettuun lääketietokantaan Internetissä, sekä sitoumuksen jatkuvasta rekisteröityjen lääkkeitä määräävien hoitajien koulutuksesta. (ABA 2008; Pharmaceutical Society of Ireland et al. 2009; Creedon 2011.)

CPA (*Collaborative Practice Agreement*) on avaindokumentti lääkkeenmääräämisen toteutumiselle ja se laaditaan opiskelijan, työnantajan/ terveystalouden tuottajan hyväksymän ohjaavan lääkärin ja terveystalouden tuottajan/työnantajan kesken. CPA takaa tarvittavat olosuhteet lääkkeenmääräämiselle ja velvoittaa allekirjoittaneita toimimaan hyvien käytänteiden mukaisesti. Asiakirja täytyy tarkastaa ja päivittää vähintään kahden vuoden välein ja on pätevä vain siinä työpaikassa, jossa se on laadittu. (ABA 2007; Creedon 2011.)

Koulutuksen loppuun saattamisen tarkoituksena on varmistaa, että sairaanhoitajalla/kätilöllä on tietoa, taitoa ja pätevyyttä määrätä lääkkeitä turvallisesti ja vaikuttavasti. Oppimisen tavoitteet opiskelijalle ovat:

1. Osata kriittisesti käyttää hyödykseen näyttöön perustuvaa tietoa ja taitoa potilaan/asiakkaan arvioinnista ja konsultoinnista tuottaakseen ko-

konaisvaltaisen käsityksen potilaan tilasta määrätessään lääkevalmisteita.

2. Osoittaa systemaattista ymmärrystä lääkkeenmääräämistä sääteleviin seikkoihin, kuten lainsäädäntöön ja ammatillisiin ohjeistuksiin turvallisista käytänteistä.
3. Hänen tulee pystyä soveltamaan lääkkeenmääräämisen asiantuntijuutta kliinisessä päätöksenteossa
4. Hänen tulee osoittaa kriittistä ymmärrystä lääkehoitoa, farmakodynamiikkaa ja farmakokinetiikkaa kohtaan sekä osoittaa pystyvänsä tehokkaaseen viestintään lääkkeenmääräämisprosessin eri vaiheissa osana moniammatillista työryhmää.

(Health Service Executive & Office of the Nursing Services Director 2008, 41.)

ABA on lisäksi asettanut viisi osaamisaluetta, jotka koulutuksesta valmistuvan sairaanhoitajan tai kättilön on hallittava saadakseen lääkkeenmääräämis-oikeuden:

1. Ammatillinen ja eettinen tapa
2. Holistinen lähestymistapa hoitoon
3. Ihmistenväliset suhteet
4. Hoidon organisointi ja suunnittelu
5. Henkilökohtainen ja ammatillinen kasvu

(Health Service Executive & Office of the Nursing Services Director 2008, 41).

Lääkkeenmääräämisen edellytyksenä on, että erikoistumiskoulutuksen käynyt kättilö/sairaanhoitaja (*RNP*) työskentelee terveydenhuollon palveluksessa sairaalassa, hoitolaitoksessa tai muussa terveystalossa tuottavassa paikassa. Lääkevalmiste on sellainen, jota tavallisesti käytetään siinä työpaikassa, johon sairaanhoitajalla/kättilöllä on työsuhte. Lääkemääräys on asetettu tavanomais-

ten ennakkovalmistelujen kautta siinä laitoksessa, jossa työskentelee ja ABAn antama rekisterinumero (PIN) näkyy reseptissä. Näiden säännöksiä toteuttaminen ei estä työnantajaa määräämästä rajoitteita (sisältää kieltämisen) lääkkeenmääräämiseen, lisäksi määräykset käsittävät vain tiettyjen lääkkeiden määräämisen. (ABA 2008; DoHC et al. 2007.) Mikäli potilaan tarpeet vaativat, on toimipaikkakohtainen neuvottelu lääkkeen määräämisestä, jota ei tavallisesti käytetä toimipaikassa, Drugs and Therapeutics Committee'n kanssa mahdollista (Creedon 2011).

Koulutuksen suorittaminen nostaa osaamisen tasolle 8 National Framework of Qualifications (NFQ)- portailla. (DoHC et al. 2007, 15.) NFQ- asteikko on Irlannissa käytössä oleva kymmenportainen kansainvälinen järjestelmä kuvaamaan taitoja, tietoja ja kompetenssia eri koulutuksista ja ammateista (NFQ 2009). Suomessa osaamista arvioidaan kahdeksanportaisella EQF- asteikolla, joka on Eurooppalainen tutkintojen ja osaamisen viitekehys (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2008). Tuleva suomalainen rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden jatkokoulutuksella suorittanut sairaanhoitaja on osaamisensa puolesta tasoa EQF 7 (Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto 2010, 3-4).

2.4 Yhteenveto Englannin, Ruotsin ja Irlannin sairaanhoitajien lääkkeenmääräämiseen liittyvästä osaamisesta

Lääkkeenmääräämiseen liittyvä osaaminen rakentuu kaikissa maissa tarkasti määritellylle pohjalle. Yhteneväistä kaikille kolmelle maalle on, että sairaanhoitajalta, kättilöltä tai terveydenhoitajalta edellytetään kykyä opiskella ylemmällä korkeakouluasteella. Työkokemusvaatimus ennen lääkkeenmääräämiskoulutuksen aloittamista on Englannissa ja Irlannissa sama: viiden vuoden

aikana kolme vuotta valmistumisen jälkeen ja vähintään yksi vuosi tehtävässä, jossa tulee määräämään lääkkeitä. Ruotsissa työkokemusvaatimus on vähintään yksi vuosi. Syy vähäisempään työkokemusvaatimukseen voi olla, että Ruotsissa lääkkeenmääräämisoikeus on sidottu vakanssiin, eikä työntekijän jo olemassa olevaan osaamiseen. Lisäksi lääkevalmisteiden lista käsittää pääasiassa itsehoitovalmisteita.

Lääkkeen määräämiseen liittyvä osaaminen on pääpiirteiltään hyvin samankaltaista Englannissa ja Irlannissa. Molemmissa maissa myös sairaanhoitajien toimintaa ohjaavat liitot (Irlannissa ABA ja Englannissa NMC) ovat antaneet omat suuntaviivansa lääkkeenmääräämisen osaamisesta. Englannissa lääkkeitä määrääville sairaanhoitajille on perustettu oma liittonsa Association for Nurse Prescribing (ANP), joka on toiminut jo yli kymmenen vuotta lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien tukena ja lisäkoulutuksen tarjoajana sekä roolin edistäjänä. Irlannissa vastaavaa ei toistaiseksi ole, mutta ANP hyväksyy jäsenikseen myös Irlantilaisia lääkkeitä määrääviä sairaanhoitajia. (Creedon 2011; ANP 2009.)

Lääkkeenmääräämiseen liittyvä eettinen ja juridinen osaaminen on tarkimmin määritelty Englannissa: osaamiseen kuuluu eettinen ja vastuullinen toiminta. Irlannissa edellytetään lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan hallitsevan ammatillisten ohjeistuksien turvallinen tapa. Ruotsin osaamiskuvauksissa ei mainita eettistä osaamista lainkaan. Juridisen osaamisen kannalta Ruotsissa lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien edellytetään tuntevan laissa määritelty lääkelista, jonka puitteissa toimii. Irlannissa ja Englannissa sallittu lääkevalikoima on laajempi, niin on myös lainsäädännön tuntemisvelvoite. Englannin osaamisen erityispiirre on potilaan yksilöllisen hoitosuunnitelman (CMP) laatiminen lain edellyttämällä tavalla.

Kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioimisen osaamisen vaatimus on laajinta Englannissa, kuitenkin kaikissa kolmessa maassa korostuu potilaan terveydentilan kokonaisvaltainen ymmärrys ja tutkimisen osaaminen, potilaan ominaisuudet huomioon ottaen. Ruotsissa tämä osaaminen on rajattu koskemaan vain sallittuja lääkeaineita ja niiden määräämisen indikaatioina olevia tautitiloja. Näyttöön perustuva päätöksenteko-osaaminen on edustettuna kaikissa maissa: jokaisessa edellytetään sairaanhoitajan, kättilön ja terveydenhoitajan osaavan hyödyntää näyttöön perustuvaa tietoa ja taitoa kriittisellä silmällä määritessään lääkkeitä.

Lääkehoitoon liittyvä osaaminen on määritelty yksityiskohtaisimmin Englannissa ja Ruotsissa. Yhtäläistä näille maille on lääkkeiden yhteisvaikutuksien ja yhteiskäytön huomioimisen osaaminen. Erilaiset vivahteet tulevat Ruotsiin siitä, että mainitaan erikseen lääkkeiden käyttö raskauden tai imettämisen aikana, myös dokumentointi ja lääkkeen vaikutuksen seuraaminen ovat erikseen mainittu. Englannissa lääkkeen määräämiseen liittyvään osaamiseen on otettu kustannustehokkuusnäkökulma huomioon. Irlannissa koko lääkehoitoon liittyvä osaaminen on kuitattu yhdessä lauseessa ”osoittaa kriittistä ymmärrystä lääkehoitoa, farmakodynamiikkaa ja farmakokinetiikkaa kohtaan”.

Lääkehoitoon liittyvään osaamiseen luetaan Irlannissa ja Englannissa myös viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen. Irlannissa mainitaan moniammatillisen työryhmän osana toimiminen ja tehokas viestintä. Englannissa asiakkaiden/potilaiden sekä muiden heihin ja hoitoonsa liittyvien henkilöiden kanssa neuvottelu. Englannissa osaaminen kattaa myös ymmärryksen muista lääkehoidon prosessiin liittyvistä henkilöistä. Viestintä- tai vuorovaikutusosaamista ei ole Ruotsissa mainittu lainkaan. Vaikuttaako tähän Ruotsin kotisaira-

hoitajien itsenäinen työ tai ettei lääkkeenmääräämiseen liittyvä päätöksenteko useinkaan vaadi konsultointia?

3 SAIRAANHOITAJAN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISKOULUTUS SUOMESSA

3.1 Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämiseen liittyvän tehtävän kuvan kehitys Suomessa

Suomen Sairaanhoidajaliiton kuvauksen mukaan sairaanhoidajat tekevät itsenäistä ja vastuullista työtä, joka perustuu hoitotieteeseen. He ovat korkeimmin koulutettuja hoitotyön ammattilaisia. Sairaanhoidajien tehtävänä on terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja hoitaminen sekä kärsimyksen lievittäminen. (Sairaanhoidajaliitto 2011; 28.6.1994/559, § 15.) Tekemästään hoitotyöstä sairaanhoidaja vastaa henkilökohtaisesti. Hän arvioi omansa ja muiden pätevyyden ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Ammatissa toimivan sairaanhoidajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan. (Sairaanhoidajaliitto 1996.) Täydennyskoulutusvelvollisuus on kirjattu myös lakiin ja se koskee sekä terveydenhuollon ammattihenkilöä, että hänen työnantajansa ammatillisen täydennyskoulutuksen mahdollistajana (L 28.6.1994/559, § 18).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 28.6.1994/559) määrittelee kuka, millä koulutuksella tai muulla ammatillisella pätevyydellä taikka ammatillisella valmiudella voi toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä. Lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua helpottamalla ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammatti-

henkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. Terveydenhuollon ammattihenkilö voivat koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti toimia toistensa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveystalvelujen tuottamisen kannalta (L 28.6.1994/559).

Vuonna 2002 - 2007 Suomessa toteutettiin Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (STM 2011). Projektin tavoitteena oli parantaa terveystalvelujen laatua ja saatavuutta. Projekti lähti liikkeelle Valtioneuvoston periaatepäätöksestä vuonna 2001. (STM 2008.) Yksi projektin osahankkeista keskittyi terveydenhuollon työvoiman tarpeen ja keskinäisen työnjaon arvioimiseen sekä työolosuhteiden kehittämiseen ja täydennyskoulutuksen järjestämiseen. Selvitystyöryhmä esitteli lääkäreiltä terveyden- ja sairaanhoitajille siirrettäviksi tehtäväalueiksi tiettyjen kroonisten sairauksien ennaltaehkäisyä ja hoidon pitkäaikaissuranta (esim. tyypin 2 diabetes, ylipaino, koronnut verenpaine, astma, reuma), akuuttien, lievien infektiosairauksien tutkimista ja hoitoa (esim. hengitystieinfektio, virtsatieinfektio) sekä tiettyjen terveydentilatoistusten laatimista. (STM 2001, 5, 16-18.) Hankkeen aikana eniten tehtäviä siirrettiin lääkäriltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Työnjaon kehittäminen oli yleisintä sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanottotyössä perusterveydenhuollossa. Laajennettuja tehtäväkuvia oli hoidon tarpeen arviointi, hoito ja hoitoon ohjaaminen äkillisissä terveystalveluissa hoitajavastaanotolla ja puhelinneuvonnassa sekä pitkäaikaissairaiden seuranta. Erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajan tehtäväkuvia laajennettiin lääketieteen eri erikoisalojen poliklinikoilla, toimenpideyksiköissä, sydänvalvontayksikössä ja tehohoidossa. Hoitajan vastaanottotyössä tapahtui kehitystä myös toimintayksiköiden seurantajärjestelmissä, lisäkoulutuksessa ja Kansaneläkelaitoksen todistus- ja lausuntokäytännöissä. Toiminnalle laadittiin näyttöön perustuvat hoitosuosituks. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 3.)

Lievien infektioiden tutkimuksia ja hoitoa on siirretty lääkäreiltä hoitajille. Mikstra-ohjelmassa etsittiin keinoja avohoidon tavallisimpien infektioiden diagnosoinnin ja lääkehoidon optimoimiseksi seuraamalla infektioiden diagnostiikkaa ja hoitoa keräämällä vuosittain yhden viikon ajalta tietoja kaikista infektiopotilaista ohjelmaan osallistuneissa 30 terveyskeskuksissa. Ohjelma alkoi syksyllä 1998 ja jatkui vuoteen 2003, se yhdisti monia hankkeita. Ohjelmassa etsittiin keinoja avohoidon tavallisimpien infektioiden diagnosoinnin ja lääkehoidon optimoimiseksi. Vuosina 1998 - 1999 hoitajat hoitivat 14 % kaikista infektioista. Tavallisimmat heidän hoitamansa sairaudet olivat flunssa, suolistoinfektio ja nieluinfektio. Kaksi viikkoa vastaanoton jälkeen ei ollut eroa tervehtymisessä tai uusintakäyntien määrässä hoitajan tai lääkärin vastaanotolla käyneiden välillä. (Mikstra- työryhmä 2002; MIKSTRA- Mikrobilääkehoidon Strategiat- ohjelma 2006).

Sairaanhoitajan työnkuvan laajentamista jatkoi valtioneuvoston vuoden 2008 alussa vahvistama Sosiaali- ja terveyden huollon kansallinen KASTE- kehittämisohjelma. Perusterveydenhuollon kehittäminen määriteltiin hallitusohjelman tavoitteeksi vuonna 2009. Sairaanhoitajien ja kättilöiden rajatun lääkkeenmääräämisen tarkoituksena on tukea sairaanhoitajien ja lääkärin työnjakoa ja hyödyntää terveydenhuollon resursseja nykyistä tehokkaammin (Toimiva terveyskeskus- hanke). Samansuuntaiset tavoitteet on luettavissa myös muiden Euroopan maiden sairaanhoitajan toimenkuvan laajentamisen taustalla. Toimiva terveyskeskus -ohjelman tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa ja parantaa terveyskeskusten käytäntöjä Paras-hankkeen ja KASTE-ohjelman linjausten mukaisesti vuosina 2009 - 2011. Sairaanhoitajien rajattu lääkkeenmäärääminen on hankkeen asiakas- ja potilasnäkökulmaan soveltuva, koska potilaiden hoitoon pääsy helpottuu ja hoidon oikea-aikaisuus pa-

ranee. (HE 22.1.2009/283; STM 2011.) Sosiaali- ja terveysministeriön terveysosaston osastopäällikkö, ylijohtaja Kimmo Lepponen mukaan on olemassa epävirallisia käytäntöjä, joissa sairaanhoitajat määräävät lääkkeitä (Wilskman 2006).

Ennen vuotta 2010 vain laillistetulla lääkärillä oli oikeus päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Laillistetulla lääkärillä on oikeus määrätä apteekista lääkkeitä lääkinnällistä tai lääketieteellistä tarkoitusta varten. (L28.6.1994/559, § 22.) 1.7.2010 voimaan tullut Laki 433/2010 terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta lisää lakiin uuden luvun oireenmukaisesta hoidosta ja rajata lääkkeenmääräämisestä. Luku 4a, § 23a määrittelee oireenmukaisen hoidon seuraavasti:

Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö voi koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtäväkuvansa mukaisesti aloittaa hoidon potilaan oireiden ja käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella.

Luku 4a, pykälä 23b määrittelee rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden. Sairaanhoitajalla, joka on suorittanut valtioneuvoston asetuksessa säädetyn lisäkoulutuksen, on rajattu oikeus määrätä lääkkeitä apteekista terveyskeskuksessa hoitamilleen potilaille. Kyseessä täytyy olla ennalta ehkäisevä hoito tai lääkityksen jatkaminen. Edellytyksenä lääkkeenmääräämiseen on työpaikan vastaavan lääkärin antama kirjallinen määräys sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen liittyvistä rajoituksista. Määräyksessä on listattu lääkkeet, joita sairaanhoitaja saa määrätä. Jos sairaanhoitaja työskentelee sairaanhoitopiirin palveluksessa, mutta alueen terveyskeskuksen päivystyspalvelut järjestetään sairaanhoitopiirin toimesta, on määräyksen kirjoittajana sairaanhoitopiirin johtava lääkäri. Sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai kätilö saa antaa ja uusia lääkemääräyksen vain vastaanotolla toteamansa lääkityksen tarpeen perus-

teella (A 2.12.2010/1088, § 10). Laissa määritellään myös määräaikainen lääkkeenmäärääminen. Määräaikainen lääkkeenmäärääminen voi koskea sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon yksikön palveluksessa olevia sairaanhoitajia, kun kyseessä on laajalle levinnyt tartuntatauti. Määräaikainen lääkkeenmääräämisoikeus vaatii yhtälailla rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden vaatimaa kirjallista vastaavan lääkärin antamaa kirjallista määräystä. (L 21.5.2010/433, Luku 4a, § 23c.)

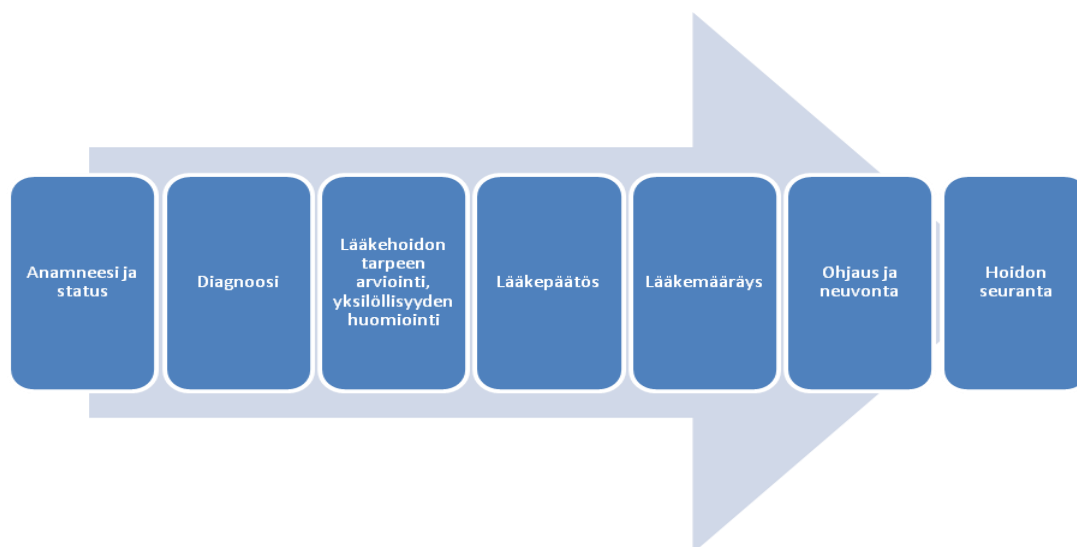
Lääkkeenmäärääminen on kokonaan uusi osaamisen osa-alue, joka ei sisälly suomalaisen sairaanhoitajan peruskoulutukseen. Näin ollen Suomen suurin sosiaali- ja terveysalan ammattijärjestö Tehy suosittaa sopimaan palkkausmuutoksista ennen lääkkeenmääräämiskoulutuksen aloittamista. (Hankonen 2011, 50.) Myös Kuntatyönantajien liitto on ilmaissut asiaan oman kantansa: lääkkeenmääräämisoikeus on yksilöllinen ja työnantajakohtainen, joten sen huomioimisen palkkauksessa tulee tapahtua tapauskohtaisesti kunkin työntekijän kohdalla erikseen. (Jalonen & Palola 2011.)

Vuositasolla tavoitteena on kouluttaa lääkkeenmääräämiseen 100 sairaanhoitajaa ja kouluttamisen maksavan 600 000 euroa, välillisiä kustannuksia syntyy mm. lisähenkilökunnan palkkaamisesta työntekijän opiskelun ajaksi. Hallituksen esityksessä arvioitiin uudistuksen olevan kaiken kaikkiaan kustannustehokasta huolimatta lisäkoulutettujen sairaanhoitajien palkkakulujen noususta. Vaikka vastaanottoaika meni yhden potilaan kohdalla enemmän, paranee potilasohjaus ja sitä kautta myös hoidon vaikuttavuus. (HE 22.1.2009/283.)

Suomen Lääkäriliiton (2009, 1492) näkemys sairaanhoitajien valmistelutyön alla olevaan lääkkeen määräämisoikeuteen oli, ettei sairaanhoitajille tulisi antaa oikeutta aloittaa uusia lääkityksiä, määrätä antibiootteja tai määrätä lääk-

keitä lapsille. Lääkäriliitto suositti, että merkittävien kansantautien kuten diabeteksen, astman ja verenpainetaudin hoitoon perehtyneet sairaanhoitajat voisivat asianmukaisen koulutuksen käytyään saada valtuudet reseptien uusimiseen. (Suomen Lääkäriliitto 2009, 1492.) Suomen Lääkäriliiton varatoiminnanjohtaja Risto Ihalainen (2009, 1201) kirjoitti pääkirjoituksessa pelkäävänsä terveyskeskusten maineen ns. "arvauskeskuksina" lisääntyvän ja että toivo lääkäreiden värväämisestä terveyskeskuksiin olisi menetetty (Ihalainen 2009, 1201). Sairaanhoitajien tehtävänkuvan laajentamisen tarkoituksena on vapauttaa lääkäreiden työpanosta lääketieteen vaativampaa osaamista edellyttäviin tehtäviin, parantaa yleisesti työnhallintaa, osaamisen kehittämistä sekä hyödyntämistä ja tätä kautta tukea terveyskeskustyön houkuttelevuutta (HE 22.1.2009/283). Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien farmakologisen osaamisen varmentamisen mittarit ja kriteeristö, arviointiperusteita myöten ovat samat kuin yliopistojen lääketieteellisissä tiedekunnissa tai farmakologian laitoksilla opiskeleville lääketieteen opiskelijoille (Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto 2010,14). Sairaanhoitaja ei saa määrätä lääkkeitä alle 12-vuotiaille lapsille (A 2.12.2010/1088, liite 1).

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa (2006, 37) Turvallinen lääkehoito esitetään kuvio (ks. kuvio 4) lääkehoidon riskikohdista lääkärin näkökulmasta. Tämän kuvion pohjalta havainnollistamme lääkkeen määräämisen prosessia. Prosessi on tärkeä tuntee ymmärtääkseen lääkkeenmääräämiseen liittyvää osaamista.



KUVIO 4. Lääkkeenmääräämisprosessi (STM 2006, 37, muokattu)

Lääkkeenmääräämisprosessi alkaa anamneesista ja statuksen määrittämisestä. Amos Pasternack (2009, 26) luonnehtii haastattelua ja potilaan kanssa keskustelua anamneesin (esitietojen) kaikkien tärkeimmiksi lääkärin käyttämiksi kliinisiksi menetelmiksi. Luotettavien esitietojen perusteella on mahdollista tehdä oikea diagnoosi tai päästä lähelle sitä noin 80 prosentille yleislääkärin potilaista. Anamneesilla on kaksi keskeistä tavoitetta: luottamuksellisen suhteen luominen potilaaseen ja tiedon hankkiminen potilaasta, hänen ongelmastaan ja ongelman vaikutuksista. (Pasternack 2009, 26.) Status praesens (nykytila) on lääkärin havaintoihin perustuva kuvaus potilaan tilasta tutkimuksen ajankohtana. Haastattelun aikana luotu luottamuksellinen suhde on tärkeä edellytys potilaan fyysiselle tutkimiselle. Potilaan tutkimisessa lääkäri käyttää aistejaan: näköä (inspektio), kuuloa (auskultaatio, perkussio), tuntoa (palpatio, tuseeraus) ja hajuaistiaan. Tutkimisessa tarvitaan apuvälineitä, kuten verenpainemittaria ja stetoskooppia. Lisätutkimuksien tarve perustuu anamneesiin ja statukseen. (Saha 2009, 44-45.)

Nämä vaiheet tuottavat diagnoosin. Diagnoosin tulee olla oikea-aikainen ja oikea. Suomessa vain lääkäri tekee diagnoosin, sairaanhoitajan lääkkeen mää-

rääminen perustuu hänen tekemäänsä hoidon tarpeen arviointiin. Seuraavaksi arvioidaan lääkehoidon tarve ja huomioidaan potilaan/asiakkaan erityispiirteet, kuten allergiat ja vasta-aiheet. Lääkehoidon tarpeen arvioinnissa huomioidaan päällekkäislääkitysten ja yhteisvaikutusten mahdollisuudet. Prosessin neljännessä vaiheessa päätetään päädytäänkö aloittamaan lääke vai ei. Jos lääke päädytään aloittamaan, huomioidaan vahvuus, lääkekuoto, antoreitti ja hoidon pituus. Seuraavaksi kirjoitetaan itse lääkemääräys. Sen tulee olla oikea, selkeä ja yhdenmukainen. Prosessin kuudes vaihe käsittää lääkkeenmäärittämisen kohteena olevan ohjauksen ja neuvonnan. Ohjauksen ja neuvonnan tulee onnistuakseen olla oikeellista, selkeää, riittävää ja suhteessa lääkemääräykseen yhdenmukaista. Prosessin viimeinen vaihe on hoidon seuranta sisältäen seurannan suunnittelun ja toteutuksen. (STM 2006, 37.)

3.2 Lääkkeenmäärittämiskoulutus ja sen tuottama osaaminen

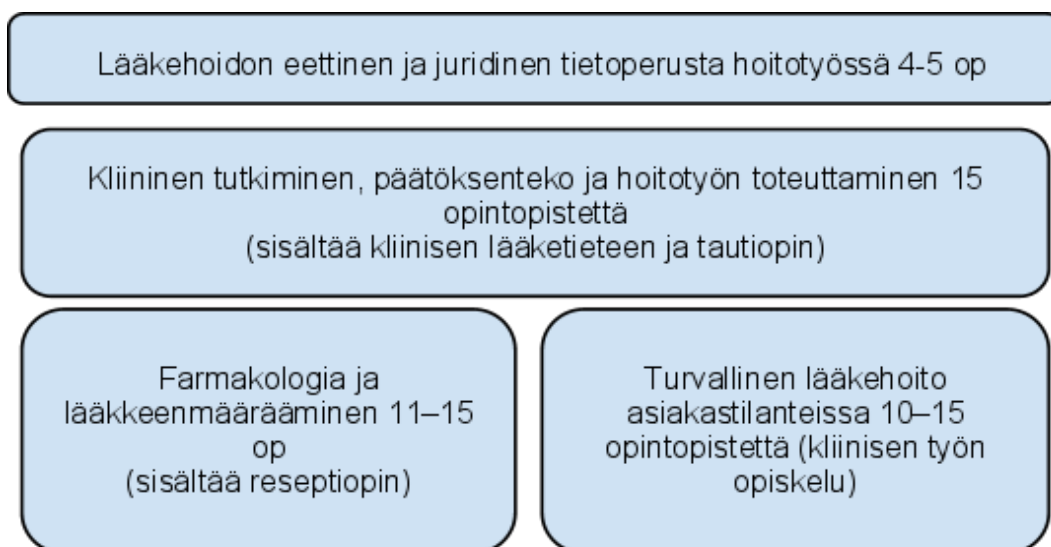
Kliinisen hoitotyön asiantuntija on peruskoulutettu sairaanhoitaja, jolla on riittävä käytännöntyökokemus sekä vastaava master-tasoinen ammatillinen korkeakoulututkinto omalta hoitotyön osa-alueeltaan. Kliinisen hoitotyön asiantuntija kykenee arvioimaan, tekemään diagnoosia ja huolehtimaan tavallisista akuuteista terveystarpeista ja terveydentiloista. Hän vastaa ja huolehtii hoidon seurannasta pitkäkestoisten terveystarpeiden osalta kliinisen hoitotyön erityisosaamisella. Hän kykenee kattavaan potilaan kliiniseen tutkimiseen ja selvittämään potilaan terveyshistoriaa sekä terveystarpeita laajalaisesti. Kliinistä harkintaa ympäröi hänen oma valmiutensa ja kykynsä määrittää potilaan terveystarpeita ja toteuttaa niiden vaatimia hoitotoimenpiteitä ja -suorituksia. Kliinisen hoitotyön asiantuntija- sairaanhoitaja kykenee määrittämään tutkimuksia ja lääkityksiä, antamaan lähetteitä sekä sisään- että uloskirjaamaan potilaita, toisin sanoen hän kykenee vastaamaan hoidosta ja

huolenpidosta kokonaisvaltaisesti omalla hoitotyön alueellaan. Tärkeitä osaamisalueita työskentelyssä on eettinen päätöksenteko, yhteistyö, konsultointi, "case management", johtaminen, tutkimustyö ja kehittyminen. (Fagerström 2011, 75.)

Ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot Suomessa tuottavat master-tason osaamista, ne ovat ns. toisen syklin tutkintoja (CIMO 2011). Lääkkeenmääräämiskoulutus on ammatillinen erikoistumisopintokokonaisuus, jonka tuottama osaaminen on tasoa EQF 7 (Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto 2010, 3-4). Hyväksytysti suoritettu koulutus voidaan osittain hyväksi lukea ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavissa opinnoissa, mikäli opiskelija myöhemmin hakee ja tulee valituksi YAMK-koulutusohjelmaan (A 10.12.2009/1045, 12§, 14 §; L 24.7.2009/558, 44 §). Lääkkeenmääräämisen lisäkoulutus tähtää antamaan sairaanhoitajalle, kätilölle ja terveydenhoitajalle valmiudet aloittaa lääkitys sekä jatkaa lääkitystä potilaan hoitosuunnitelman mukaisesti, jolloin lääkäri on tehnyt alkuperäisen lääkehoidon tarpeen määrittelyn ja diagnoosin (Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto 2010, 6). Tautitilat ja lääkkeet, jotka sairaanhoitajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus kattaa, ovat tässä opinnäytetyössä listattuina liitteessä 3.

Valtioneuvoston asetuksessa lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta säädetään, että ammattikorkeakoulujen tulee verkostoitua keskenään ja yliopistojen kanssa sitoutuen yhteisesti sovittuihin sisältöihin lääkkeenmääräämiskoulutuksen tarjoamisessa. Näin varmistetaan, että eri oppilaitoksissa saatu osaaminen täyttää rajatun lääkkeenmääräämisen edellyttämät vaatimukset. (A 2.12.2010/1089.) Rajatun lääkkeenmääräämisen edellyttämä koulutus alkoi keväällä 2011 ensimmäisenä Oulun seudun, Jyväskylän ja Pohjois-

Karjalan ammattikorkeakouluissa. Koulutuksensa aloitti tuolloin 54 opiskelijaa. Syksyllä 2011 koulutustarjonta laajeni Saimaan, Tampereen ja Turun ammattikorkeakouluihin. Tällöin koulutuksensa aloitti 61 opiskelijaa. Ammattikorkeakoulut järjestävät koulutuksen yhteistyössä alueilla toimivien yliopistojen, tässä tapauksessa Oulun, Itä-Suomen ja Tampereen yliopistojen kanssa. (Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto 2010, 18.) Hallituksen esityksessä (HE 22.1.2009/283) tavoitteeksi asetettiin, että viiden vuoden kuluessa ainakin 200 kunnassa työskentelee sairaanhoitajia, joilla on oikeus määrätä lääkkeitä ja että järjestelmään on siirrytty kaikissa niissä terveyskeskuksissa, joissa toimii sairaanhoitajan vastaanotto. Koulutuksen opintokokonaisuudet on suunniteltu ja toteutetaan yhteistyössä ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen kesken. Jokainen ammattikorkeakoulu päättää itse käytettävät opetusmenetelmät, opintojaksojen toteutukset, arvioinnit sekä dokumentoinnin olemassa olevien raamien puitteissa (lait, säädökset, sopimukset). Koulutuksen sisällöstä on säädetty valtioneuvoston asetuksessa (A 2.12.2010/1089, § 5), että tautiopin, kliinisen lääketieteen, farmakologian ja reseptiopin opintojen määrä on yhteensä vähintään 20 opintopistettä. Koulutuksen sisällöt ja eteneminen on esitetty kuviossa 5. Koulutus rakentuu kokonaisuudeksi siten, että kliinisen työn opiskelu tukee teoreettista opiskelua. Koulutuksen laajuus on vähintään 45 opintopistettä ja kestää vähintään vuoden. Koulutus on mitoitettu niin, että yksi opintopiste vastaa 27 tuntia opiskelijan työtä. (A 2.12.2010/1089, 4 §, 5 §; Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto 2010, 8–9.)



KUVIO 5. Koulutuksen opintokokonaisuudet ja opintojen eteneminen (Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto 2010, 8, muokattu)

Eettinen ja juridinen osaaminen

Osa-alueen opintokokonaisuuden suorittamisen jälkeen sairaanhoitaja kykenee soveltamaan omaa ammattitoimintaansa, potilaan hoitamiseen ja lääkkeen määräämiseen liittyviä lakeja, asetuksia ja säädöksiä sekä ammattieettisiä periaatteita. Hän tunnistaa lääkkeen määräämiseen liittyvän tehtäväalueensa ja osaamisensa rajat ja vastuun sekä konsultoi muita ammattihenkilöitä tarvittaessa. Hän toimii eettisesti korkeatasoisesti lääkkeitä määrätessään. Sairaanhoitaja kykenee arvioimaan omaa osaamistaan ja päivittää säännöllisesti tehtäväalueensa diagnostiikkaan ja uusiin lääkeaineisiin liittyviä tietojaan ja taitojaan. Hän kykenee tunnistamaan ja ennakoimaan lääkehoidon ongelmatilanteita ja riskejä sekä rekisteröi poikkeamat ja kehittää riskien- ja laadunhallintaa. (Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto 2010,9.)

Kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioinnin osaaminen

Kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioinnin osaamisen osa-alueeseen kuuluu koulutusasetuksessa (A 2.12.2010/1089, 4 §) määriteltyjä tautiopin ja kliinisen lääketieteen opintoja 5-9 opintopistettä. Seuraavat sairaudet sisältyvät opetusohjelmaan:

- sydän – ja verisuonisairauksien hoidosta metabolinen oireyhtymä ja kohonneen verenpaineen hoito, sepelvaltimotaudin hoito, kroonisen sydämen vajaatoiminnan hoito, eteisvärinä
- keuhkosairauksista astman hoito ja keuhkohtaumataudin (COPD) hoito
- Tuki- ja liikuntaelin-sairauksista reuman hoito
- hormoni- ja aineenvaihduntasairauksista diabeteksen hoito, hypotyreoosin hoito
- seuraavien infektiosairauksien hoito: virtsatieinfektio, ylähengitysteiden infektiot, korvatulehdus, poskiontelotulehdus, gynekologiset infektiot, silmätulehdus

Koulutuksen suoritettuaan sairaanhoitaja, kättilö tai terveydenhoitaja osaa tunnistaa oman tehtäväalueensa ja osaamisensa rajat ja vastuun sekä konsultoida muita ammattihenkilöitä tarvittaessa. Hän hallitsee keskeisten elintointojen osalta strukturoidun anamneesin teon ja potilaan kliinisen tutkimisen rajatun lääkkeen määräämisen toteuttamiseksi. Sairanhoitaja, kättilö tai terveydenhoitaja osaa tunnistaa, arvioida ja tehdä johtopäätöksiä potilaan tutkimushetkellä vallitsevasta terveydentilasta ja sairauden vakavuusasteesta tehtäväalueellaan. Hän osaa dokumentoida päätöksenteon perustana olevan anamneesin, kliiniset löydökset, diagnoosin ja jatkotoimenpiteet tehtäväalueellaan ja perustaa kliinisen päätöksenteon (erotusdiagnostiikka) potilaan anamneesiin, kliiniseen tutkimukseen sekä tarvittaessa laboratoriotutkimuk-

siin. Hän osaa tunnistaa lääkehoidon kokonaisarviointia tarvitsevat potilaat. (Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto 2010, 10.)

Näyttöön perustuva päätöksenteko- osaaminen

Koulutuksen suoritettuaan sairaanhoitaja, kättilö tai terveydenhoitaja osaa soveltaa edistyneitä tietojaan anatomiasta, fysiologiasta ja patofysiologiasta määrätessään lääkkeitä. Hän hallitsee lääkkeenmääräämisen tehtäväalueen terveyden edistämisen, sairauksien ennaltaehkäisyn, hoidon, ohjauksen ja seurannan hoitajavastaanotolla ja toimii tehtäväalueellaan näyttöön perustuvien hoitosuosituksien ja -käytäntöjen mukaisesti. Hän osaa ohjata edelleen lääkehoidon kokonaisarviointia tarvitsevat potilaat ja päivittää säännöllisesti tehtäväalueensa diagnostiikkaan ja uusiin lääkeaineisiin liittyviä tietojaan ja taitojaan. (Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto 2010, 10.)

Lääkehoitoon liittyvä osaaminen

Koulutuksen suoritettuaan sairaanhoitaja kykenee lääkkeitä valitessaan ja määrätessään soveltamaan tehokkaan, turvallisen, taloudellisen ja tarkoituksenmukaisen lääkehoidon periaatteita. Hän hallitsee farmakologian ja lääkeainetoksikologian perusteet ja kykenee soveltamaan niitä työssään. Sairaanhoitaja ymmärtää ja kuvaa lääkeaineiden vaiheet elimistössä, niihin vaikuttavat tekijät sekä vaikutuskohteet elimistössä. Hän hallitsee tärkeimpien lääkeaineryhmien vaikutusmekanismit, hoidollisen käytön perusteet sekä lääkkeisiin liittyvät haitta- ja yhteisvaikutukset. Sairaanhoitaja tuntee yksilöllisen lääkehoidon vaatimukset ja periaatteet sekä osaa analysoida lääkkeiden valintaan, niiden annokseen ja hoidon toteuttamiseen vaikuttavia tekijöitä farmakologian perustietoja soveltaen. Hän osaa tunnistaa ja ohjata edelleen

lääkehoidon kokonaisarviointia tarvitsevat potilaat. (Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto 2010, 11.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa lääkkeenmääräämiskoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lääkkeenmääräämiseen liittyvää osaamisen tasoa koulutuksensa alkuvaiheessa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa hyödynnettävää tietoa koulutusta toteuttaville korkeakouluille ja kuvata millainen on opiskelijoiden lääkkeen määräämiseen liittyvän osaamisen taso heidän itsensä arvioimana. Tavoitteena on nostaa esille ne osa-alueet, jotka vastaajat jo ennestään tuntevat hallitsevansa ja ne, joissa vastaajat arvioivat olevan vielä kehitettävää.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millainen on vastaajien kuvaama eettisen ja juridisen osaamisen taso?
2. Millainen on vastaajien kuvaama kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioimisen osaamisen taso?
3. Millainen on vastaajien kuvaama näyttöön perustuva päätöksentekosaamisen taso?
4. Millainen on vastaajien kuvaama lääkehoitoon liittyvän osaamisen taso?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston hankintamenetelmä

Opinnäytetyömme on kuvaileva empiirinen tutkimus, koska se perustuu havaintoihin ja niiden perusteella tehtyihin päätelmiin (Hirsjärvi, Remes & Saja-vaara 2009, 139, 143). Nummenmaan (2004, 26-27) mukaan empiirinen tutkimus perustuu pitkälti erilaisten muuttujien käsittelemiseen. Muuttajalla tarkoitetaan sellaista mitattavaa ominaisuutta jonka arvo vaihtelee eri tutkittavilla (Nummenmaa 2004, 26-27). Tässä tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, jolle on tyypillistä havaintoaineiston soveltuvuus määrälliseen mittaamiseen sekä aineiston muokkaaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon (Hirsjärvi et al. 2009, 140; Vehkalahti 2008, 17). Jatkuvilla muuttujilla tarkoitetaan muuttujia, jotka voivat saada minkä tahansa arvon, joko tiettyjen rajojen sisältä tai koko reaalilukujen joukosta (Toivonen 1999, 300). Tässä tutkimuksessa muuttujien arvot olivat välillä 0-100.

Survey-tyyppisessä tutkimuksessa kerätään tietoa standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä. Tyypillistä tämän tyyppiselle muodolle on se, että aineisto kerätään kyselylomakkeen tai strukturoidun haastattelun avulla ja aineiston avulla pyritään kuvailemaan, vertailemaan ja selittämään ilmiöitä. (Hirsjärvi et al. 2009, 134; Raunio 1999, 195.) Survey-tutkimus ei ole vain aineiston keruumenetelmä, vaan myös yleisempi empiirisen tutkimuksen strategia, jota voidaan luonnehtia eri tavoin riippuen siitä kiinnitetäänkö ensisijainen huomio aineiston tilastolliseen käsittelyyn vai myös aineiston muodostamisen ja analysoimisen teoreettisiin perusteisiin (Raunio 1999, 195). Tiedon kerääminen määrällisellä menetelmällä antoi mahdollisuuden saada konkreettista tietoa vastaajien osaamisensa tasosta heidän itsensä arvioimana. Vehkalahtien (2008, 25) mukaan avoimet osiot ovat välttämättömiä tilanteissa, joissa vaihto-

ehtoja on liikaa tai niitä ei ole mahdollista rajata etukäteen riittävästi (Vehkalahti 2008, 25). Tässä tutkimuksessa avointen kysymysten avulla selvitettiin vastaajien saamaa mahdollista lisäkoulutusta sekä mahdollista tämänhetkistä laajennettua tehtävänkuvaa.

5.2 Aineiston keruu ja analysointi

Opinnäytetyön tutkimuskohteena ovat lääkkeenmäärittämisen lisäkoulutuksen aloittaneet opiskelijat Jyväskylän, Oulun seudun, Pohjois-Karjalan, Saimaan, Tampereen ja Turun ammattikorkeakouluista. Heistä käytetään tässä opinnäytetyössä nimikettä vastaajat. Tässä tutkimuksessa aineiston keräämisessä käytettiin kyselylomaketta. Vastaajien tavoittamisessa hyödynnettiin sähköistä Digium Enterprise-ohjelmistoa, koska vastaajat olivat eri ammattikorkeakouluista ympäri Suomea. Näin saatiin vältettyä kyselyn ongelmaksi esitetyt seikat vastauslomakkeiden hitaasta palautumisesta tutkijalle ja muistutus-kyselyn lähettämisestä aiheutuvista tutkimuksen lisäkustannuksista (Vilkkä 2007, 28). Sähköisesti toimitetun kyselyn ansio onkin, että sen voi laittaa lähettämään automaattisesti uudelleen tietyn ajan kuluttua tutkimukseen valikoituneille. Kysely soveltuu aineiston keräämisen tavaksi silloin, kun tutkittavia on paljon ja he ovat hajallaan. Sitä käytetään henkilökohtaisten asioiden tutkimiseen, kuten koettu terveys, ruokatottumukset ja kulutukseen liittyvät asiat. (Vilkkä 2007, 28.)

Kysymyksessä on kokonaistutkimus, koska lomake lähetettiin kaikille lisäkoulutuksen aloittaneille (Hirsjärvi et al. 2009, 179). Huolellisesti poimittu otos on pätevän tilastollisen päättelyn edellytys. Otos määrittelee sen populaation, johon tuloksia voidaan yleistää. (Nummenmaa 2004, 137.) Heikkilä (2001, 33) suosittelee kokonaistutkimuksen tekemistä varsinkin kyselytutki-

muksessa (Heikkilä 2001, 33). Tässä tutkimuksessa käytettiin kokonaisotantaa, joka tarkoittaa että koko perusjoukko otettiin mukaan tutkimukseen.

Aineisto kerättiin maaliskuu-huhtikuussa 2011 Jyväskylän, Oulun seudun ja Pohjois-Karjalan ammattikorkeakouluista sekä syys-marraskuussa 2011 Saimaan, Tampereen ja Turun ammattikorkeakouluista. Kysely lähetettiin lääkkeenmääräämiskoulutukseen osallistuville opiskelijoille seuraavasti: Jyväskylän ja Oulun seudun ammattikorkeakoulun opiskelijoille 8.3.2011 ja muistutusviesti 22.3.2011, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun opiskelijoille 17.3.2011 ja muistutusviesti 28.4.2011, Saimaan ammattikorkeakoulun opiskelijoille 11.9.2011 ja muistutusviesti 16.9.2011, Tampereen ammattikorkeakoulun opiskelijoille 6.10.2011 ja muistutusviesti 3.11.2011 sekä Turun ammattikorkeakoulun opiskelijoille 21.11.2011. (Heikkilä 2011.) Muistutusviesteistä huolimatta kaikki koulutukseen osallistuneet opiskelijat eivät vastanneet kyselyyn. Tässä tutkimuksessa muistutuskyselyt eivät lisänneet kustannuksia. Kyselyyn vastasi 23.11.2011 mennessä 106 opiskelijaa ($n=106$), vastausprosentti oli 92,2. Aloittaneita opiskelijoita oli yhteensä 115.

Kyselylomakkeen laatiminen tapahtui tammi-helmikuussa 2011. Kyselyn sisällön osa-alueet ja osaamisväittämät rakennettiin asiantuntijatyhmän toimesta valtakunnallisen työryhmän asettamien osaamisvaatimusten pohjalta. Kyselyä kehitettiin Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalaisen korkeakouluverkoston asiantuntijaryhmän kesken niin, että sähköpostitse käytiin kaksi kyselykierrosta, joissa arvioitiin erilaisia asteikkoja. Ensimmäisen kierroksen jälkeen päädyttiin käyttämään VAS -mittaria osaamisväittämien arvioinnissa. Osaaminen kiinnostuksen kohteena on abstrakti käsite, mutta sen mittaaminen edellyttää konkreettisia väittämiä. Käsitteet on operationalisoitava eli työstettävä ymmärrettävään ja mitattavaan muotoon. (Vehkalahti

2008, 18.) Kyselykierroksilla väittämien ja taustatietojen rakennetta ja yksiselitteisyyttä arvioitiin ja muokattiin.

Kyselylomakkeessa oli yhteensä 50 kysymystä (ks. liite 4). Kyselyssä kartoitettiin taustatekijöitä 11 kysymyksessä: ikä, sukupuoli, tutkinto, nykyiset tehtävät, työkokemus sairaanhoitajan sekä lääkkeenmääräämiseen liittyvässä tehtävässä, koulutuksen aloituksen ajankohta ja nykyinen ammattikorkeakoulu sekä lääkkeet, joita tulevat määräämään. Kyselylomakkeessa ikä vastattiin vuosissa. Avoimilla kysymyksillä selvitettiin vastaajien saamaa täydennyskoulutusta ja mahdollista tällä hetkellä olevaa laajennettua tehtäväkuvaa. Avointen kysymysten vastaukset teemoiteltiin. Teemoittelua tehtäessä vastaukset käytiin läpi useita kertoja toimivan luokituksen varmistamiseksi. 39 kysymyksessä (osaamisväittämät) selvitettiin vastaajien osaamista. Osaamisväittämät oli jaoteltu neljään osaamisalueeseen: A) eettinen ja juridinen osaaminen 9 kysymystä, B) kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioimisen osaaminen 7 kysymystä, C) näyttöön perustuva päätöksenteko osaaminen 8 kysymystä ja D) lääkehoitoon liittyvä osaaminen 15 kysymystä. Vastaaja arvioi osaamistaan näissä osa-alueissa VAS -janan avulla.

VAS -mittari (Visual Analogue Scale, Visuaalinen Analogia- asteikko) kehitettiin mittaamaan erilaisia subjektiivisia ilmiöitä ja sitä käytetään yleisesti mittaamaan osaamista, tunteiden voimakkuutta, kipua tai mielihyvää. Mittari koostuu yleensä 10 senttimetrin janasta, jonka molemmissa päissä on sanallinen väittämä. Ääripäiden väliin vastaaja merkitsee oman mielipiteensä. (Metsämuuronen 2003, 40-41.) VAS- mittari on todettu hyvin luotettavaksi ja validiksi mittariksi. VAS -mittarissa käytetty asteikko on välimatka- eli intervalliaasteikko, jossa voidaan sanoa, että a:n ja b:n välinen etäisyys on tietyn suuruisen. Yleisimmin käytetty intervalliaasteikko on 5-7 portainen Likert-

asteikko (Likert scale). VAS -mittarin etuna esimerkiksi verrattuna Likertin asteikkoon, pidetään sitä, että vastaajan ei tarvitse miettiä vastaako 4 tai 5, jos mielipide on näiden väliltä. Näin ollen asteikko on jatkuva ja saatu tieto tarkempaa. (Metsämuuronen 2003, 40-41.) Lisäksi sanallisten järjestysasteikkojen laatiminen ja tulkitseminen voi olla hankalaa, sillä sanalliset ilmaisut esimerkiksi ”jonkin verran eri mieltä” saattavat tarkoittaa eri ihmisille eri asioita (Vilkkä 2007, 46). Tässä tutkimuksessa 10 cm (100mm) janan ääripäissä olivat väittämät ”En lainkaan” ja ”Erittäin hyvin”. Jana oli sähköisessä muodossa ja vastaaja valitsi klikkaamalla tai liu’uttamalla asteikolta kunkin väittämän kohdalta omaa käsitystään vastaavan kohdan.

Digium Enterprise -ohjelmistossa ei voi asettaa liukupalkki-kysymystyypille ”pakko vastata” ominaisuutta. Vastauksen ”0” tulkinnaaksi jää, että vastaajalla ei ole mielestään osaamista lainkaan tai vastaaja on epähuomiossa tai tarkoituksella jättänyt vastaamatta. (Moilanen 2011.) Tässä tutkimuksessa vastaus ”0” kuvaa osaamisen tasoa ”ei lainkaan”. Tulokset esitetään tekstissä desimaalin tarkkuudella ilman suuretta.

Tutkimusaineisto käsiteltiin tilastollisella SPSS 19a- ohjelmalla. Aineistossa havaittiin yhden rivin olevan virheellinen VAS- mittarilla vastattujen väittämien osalta. Kaikki vastaukset olivat kokonaislukuja, eikä mikään niistä ylittänyt lukua 20. Digium- asiantuntijan mukaan virheellinen rivi saattoi johtua yhteensopimattomasta selaimesta tai lomakkeen täydennysrobotista (vastaajan koneella ohjelma, joka täydentää lomakkeita itsestään) (Moilanen 2011). Vastaajan päätettiin ottaa mukaan tutkimukseen, koska haluttiin hyödyntää muista kysymyksistä saatuja tietoja. Tiedot ovat puuttuvia, koska ne ovat koodautuneet havaintoaineistoon väärin. Nummenmaan (2004, 149) mukaan voidaan puuttuvat tiedot korvata, eli imputoida, jollain lukuarvolla usein

muuttujien keskiarvolla tai mediaanilla. Imputointi ei vaikuta sinällään aineistosta laskettuihin tunnuslukuihin. Se mahdollistaa sellaisten tilastoyksiköiden mukaan ottamisen, joilta ei ole saatu tuloksia kaikista muuttujista. (Nummenmaa 2004, 149.) Virheelliset luvut korvattiin kunkin väittämän keskiarvolla.

Aluksi aineiston tiedot koodattiin ja laskettiin kyselyyn vastaamisprosentti. Taustatiedoista laskettiin frekvenssit ja niihin liittyvät prosenttiosuudet. Osa-alueiden osaamisväittämistä laskettiin sekä yksittäisten väittämien, että koko osa-alueen keskiarvot. Keskiarvo kertoo mikä on havaintoarvojen keskimääräinen suuruus. Keskiarvo on herkkä poikkeaville havainnoille, näin ollen se ei anna kovin tarkkaa ja oikeaa kuvaa jakaumasta. Yksi huomattavan suuri tai pieni arvo saattaa korottaa tai laskea keskiarvoa huomattavan paljon. Aineisto on vino jos muuttujan arvot painottuvat joko keskiarvon oikealle tai vasemmalle puolelle. (Nummenmaa 2004, 59.) Aineisto oli muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta vino. Keskiarvojen lisäksi tarkasteltiin jakaumien muotoja histogrammien ja normaalijakaumien käyrien avulla havainnollistamaan jakaumia myös frekvenssejä esittämällä. Sijaintiluvuista keskiarvon lisäksi tarkasteltiin väittämien mediaaneja. Mediaani kertoo suuruusjärjestykseen järjestetyn jakauman keskimmäisen arvon. Puolet havainnoista on suurempia kuin mediaani ja puolet pienempiä. (Nummenmaa 2004, 55.)

6 TULOKSET

Tutkimuksen vastaajien kokonaismäärä oli 106 ($n=106$). Taulukossa 1 esitetään vastaajien taustatietoja. Vastaajista naisia oli selvästi enemmän kuin miehiä. Vastaajien ikä jakaantui välille 27- 60 vuotta. Eniten vastaajia oli ikäryhmässä

41-45 vuotta, vähiten oli yli 55-vuotiaita. Vastaajista suurin osa oli sairaanhoitajia. Sairaanhoitaja-terveydenhoitajia oli 16 vastaajaa (15 %). Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita henkilöitä oli yhteensä 39 (37 %). Kätilöitä oli vähiten. Vastaajista 84 oli yksi tutkinto (79 %), 17 kaksi tutkintoa (16 %) ja neljällä kolme tutkintoa (4 %). Erilaisia tutkintokombinaatioita oli yhteensä 9. Vastaajista suurin osa oli Jyväskylän ammattikorkeakoulusta, josta kaikki koulutukseen osallistuneet vastasivat kyselyyn. Vastausprosentti oli myös muissa ammattikorkeakouluissa korkea. Toiseksi eniten vastaajia opiskeli Turun ammattikorkeakoulussa ja vähiten Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulussa.

TAULUKKO 1. Vastaajien taustatietoja

	n	%
SUKUPUOLI		
Nainen	100	94
Mies	6	6
	106	
IKÄ		
alle 35 vuotta	9	8
35-40 vuotta	15	14
41-45 vuotta	31	29
46-50 vuotta	26	25
51-55 vuotta	20	19
yli 55 vuotta	5	5
	106	
TUTKINTO		
Sairaanhoitaja	65	61
Sairaanhoitaja (AMK)	29	27
Terveydenhoitaja	21	20
Terveydenhoitaja (AMK)	14	13
Kätilö	4	4
	133	
AMK JOSSA OPISKELEN (ALOITUSPAIKAT)		
Jyväskylän ammattikorkeakoulu (26)	26	25
Oulun seudun ammattikorkeakoulu (16)	13	12
Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu (12)	12	11
Saimaan ammattikorkeakoulu (16)	14	13
Tampereen ammattikorkeakoulu (23)	19	18
Turun ammattikorkeakoulu (22)	22	21
	106	

Taulukossa 2 esitetään vastaajien työtehtävät ja työkokemus. Suurin osa vastaajista työskenteli päivystysvastaanotolla. Vähiten vastaajia työskenteli lisääntymisterveyden edistämisen tehtävissä. Muut nykyiset tehtävänkuvat sijoittuivat vuodeosaston, työterveyshuollon, näytteenoton tai jonkin muun vastaanoton toimintaan liittyviin alueisiin. Eniten vastaajia omasi työkokemusta sairaanhoitajan tehtävistä 10 ja 25 vuoden väliltä. Yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen. Työkokemusta nykyisissä lääkkeenmääräämiseen liittyvissä tehtävissä oli keskimäärin 6-10 vuotta.

TAULUKKO 2. Vastaajien työtehtävät ja työkokemus

	n	%
NYKYISET TEHTÄVÄT		
Päivystysvastaanotto	67	63
Pitkäaikaissairaudet	46	43
Lisääntymisterveyden edistäminen	13	12
Tartuntatautien ehkäisy, rokotteet	24	23
Jokin muu	23	22
	173	
TYÖKOKEMUS SH TEHTÄVISSÄ		
Alle 5 vuotta	4	4
5- alle 10 vuotta	14	13
10- alle 15 vuotta	25	24
15- alle 20 vuotta	23	22
20- alle 25 vuotta	25	24
25- alle 30 vuotta	9	9
30 vuotta ja enemmän	5	5
	105	
TYÖKOKEMUS NYKYISISSÄ TEHTÄVISSÄ		
3-5 vuotta	36	34
6-10 vuotta	44	42
11-14 vuotta	9	8
15 -vuotta ja enemmän	17	16
	106	

Laajennetut lääkkeisiin ja diagnostiikkaan liittyvät tehtävät

Laajennetut lääkkeisiin ja diagnostiikkaan liittyvät tehtävät muodostuivat seuraavasti: 1) ei laajennettuja tehtäviä (47 vastaajaa, 44 %); 2) pitkäaikaissairauksien seuranta (diabetes, keuhkosairaudet ja allergiat, sydän- ja verisuoniterveys, reuma ja osteoporoosi mainittiin) (35 vastaajaa, 33 %); 3) päivystysvastaanoton tehtävät (akuuttien infektiosairauksien toteaminen, hoidon tarpeen arviointi mainittiin, 32 vastaajaa, 30 %); 4) Marevan® lääkehoidon seuranta ja annoksen määrittäminen (17 vastaajaa, 16 %); 5) Raskauden ehkäisyyn liittyvän lääkehoidon seuranta ja tarpeen määrittäminen (6 vastaajaa, 6 %); 6) Rokotteiden määrääminen ja matkailijoiden rokotusohjelman laatiminen (3 vastaajaa, 3 %) sekä 7) Työterveyshuollon vastaanottotoiminta (2 vastaajaa, 2 %). Kaikilla vastaanotoilla laajennetuiksi tehtävänkuviksi kuvattiin sekä diagnostiikkaan, että lääkehoitoon liittyviä tehtäviä, mm. tekemiensä tutkimusten perusteella reseptien valmiiksi kirjoittamista lääkärin allekirjoitusta varten. Sekä pitkäaikaissairauksien, että akuuttien sairauksien vastaanottotoiminnassa raportoi työskentelevänsä 13 vastaajaa (12 %). Kaikkiaan 18 (17 %) vastaajista raportoi laajennetuiksi tehtävikseen useamman kuin yhden tehtävänkuvan.

Lisä- ja täydennyskoulutus

Vastaajista 72 (68 %) oli lisä- ja/tai täydennyskoulutusta muutamasta opintopisteestä laajoihin opintokokonaisuuksiin, erikoistumisopintoihin ja tutkintoihin asti. Vastaajista 28 (26 %) ilmoitti suorittamiensa lisä- ja täydennyskoulutusten laajuudeksi vähintään 60 opintopistettä. Vastauksista nousi esille viisi erilaista teemaa: asiantuntijuuteen liittyvät erikoistumisopinnot (38 vastaajaa, 36 %), pitkäaikaissairauksien hoitotyöhön (30 vastaajaa, 28 %), päivystykseen ja akuuttiin hoitotyöhön (21 vastaajaa, 20 %), johtamis-, kehittämis- ja tehtävänsiirtotoimintaan (20 vastaajaa, 18 %) sekä lääkehoitoon (15 vastaajaa, 14 %)

liittyvät lisä- ja täydennyskoulutukset. Suurimmalla osalla vastaajista oli lisä- tai täydennyskoulutusta useammasta kuin yhdestä teemasta.

Asiantuntijuuteen liittyvien erikoistumisopintojen teemassa mukana oli mm. päihde- ja mielenterveystyön ja kliinisen hoitotyön asiantuntijuuteen liittyviä opintoja sekä sisätauti-kirurgisen, kättilötyön ja äitiyshuollon, teho- ja päivystystyöhoitotyön, tieto- ja viestintätekniikan sekä palveluohjaajan erikoistumisopinnot. Pitkäaikaissairauksien hoitotyöhön liittyvien lisä- ja täydennyskoulutusten teemaan kuului mm. sydän- ja verisuonisairauksiin, astmaan ja diabetekseen liittyvät koulutukset. Diabetekseen liittyviä koulutuksia oli yhteensä 18 vastaajalla, se oli selvästi suurin lisätäydennyskoulutuskokonaisuus pitkäaikaissairauksien teemassa. Päivystys- ja akuuttihoitotyön teema sisälsi eripituisia koulutuksia liittyen päivystävän sairaanhoitajan (10) ja akuuttihoitotyön opinnoista ensihoidollisiin lisä- ja täydennyskoulutuksiin (10). Johtamis- ja kehittämistyöhön ja tehtäviensiirtoon liittyvää lisä- ja täydennyskoulutusta oli yhteensä 20 vastaajista. Yhteensä 12 vastaajista kuvasi osallistuneensa tehtävän siirtoihin liittyneeseen koulutukseen. Lääkehoitoon liittyvistä lisäkoulutuksista suurin osa liittyi Marevan® -lääkehoitoon (10) sekä Love-lääketehtien valvontaan.

Lääkkeet, joita tulee määräämään

Lääkkeet ja lääkeaineryhmät, joita vastaajat tulevat aloittamaan tai jatkamaan toimipaikoissaan saatuaan oikeudet rajattuun lääkkeenmääräämiseen on esitetty taulukoissa 3 ja 4. Itsehoitolääkkeet ja hormonaaliset ehkäisyvalmisteet kuuluvat lain mukaan sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön sekä aloitettaviin että jatkettaviin lääkkeisiin. Hormonaalisten ehkäisyvalmisteiden osuus jäi vähäisimmäksi (37 vastaajaa, 35 %) ja vastaavasti itsehoitolääkkeiden osuus oli kärkipäätä (90 vastaajaa, 85 %) molemmissa lääkkeenmääräämistä-

voissa. Suurin osa vastaajista tulee aloittamaan lääkityksen infektioiden hoitoon. Vähiten vastaajat arvioivat aloittavansa tartuntatautien ehkäisyvalmisteista vesirokkorokotteita ja ihon pintapuudutukseen käytettäviä voiteita tai laastareita. Suurin osa vastaajista tulee jatkamaan perusvoide- määräyksiä. Yli puolet vastaajista tulee jatkamaan verenpainetaudin, diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien hoitoon käytettäviä lääkkeitä, astmanhoitoon käytettävien lääkkeiden jatkamisen osuus jäi näitä pienemmäksi. Tulosten perusteella aloitettavien lääkkeiden osuus tulee olemaan suurempi kuin jatkettavien.

TAULUKKO 3. Lääkkeet, joita tulee aloittamaan

	n	%
IHON PINTAPUUDUTTEET		
lidokaiini-prilokaiini laastari tai emulsiovoide	53	50
TARTUNTATAUTIEN EHKÄISY		
influenssarokotteet	73	69
hepatiittirokotteet	67	63
vesirokkorokotteet	44	42
INFEKTIOIDEN HOITO		
fenoksimetyylipenisilliini (V-penisilliini)	76	72
kefaleksiini	88	83
pivmesillinaamihydrokloridi	83	78
trimetopriimi	95	90
SILMÄTIPAT JA -VOITEET		
kloramfenikoli tipat ja voide	87	82
fusidiinihappo tipat	85	80
HORMONAALISET EHKÄISYVALMISTEET	37	35
ITSEHOITOLÄÄKKEET	90	85

TAULUKKO 4. Lääkkeet, joita tulee jatkamaan

	n	%
VERENPAINETAUDIN HOITO		
diureetit	56	53
beetasalpaajat	58	55
ACE-estäjät	57	54
TYYPIN 2 DIABETEKSEN HOITO		
metformiini	56	53
sulfonyyliurea	51	48
SYDÄN- JA VERISUONITAUTIEN HOITO		
varfariini	57	54
HMG-CoA-reduktaasin estäjät (Statiinit)	48	45
ASTMAN HOITO		
beklometasoni	41	39
budesonidi	44	42
flutikasoni	42	40
salbutamoli	53	50
terbutaliini	45	42
PERUSVOITEET	85	80

6.1 Eettinen ja juridinen osaaminen

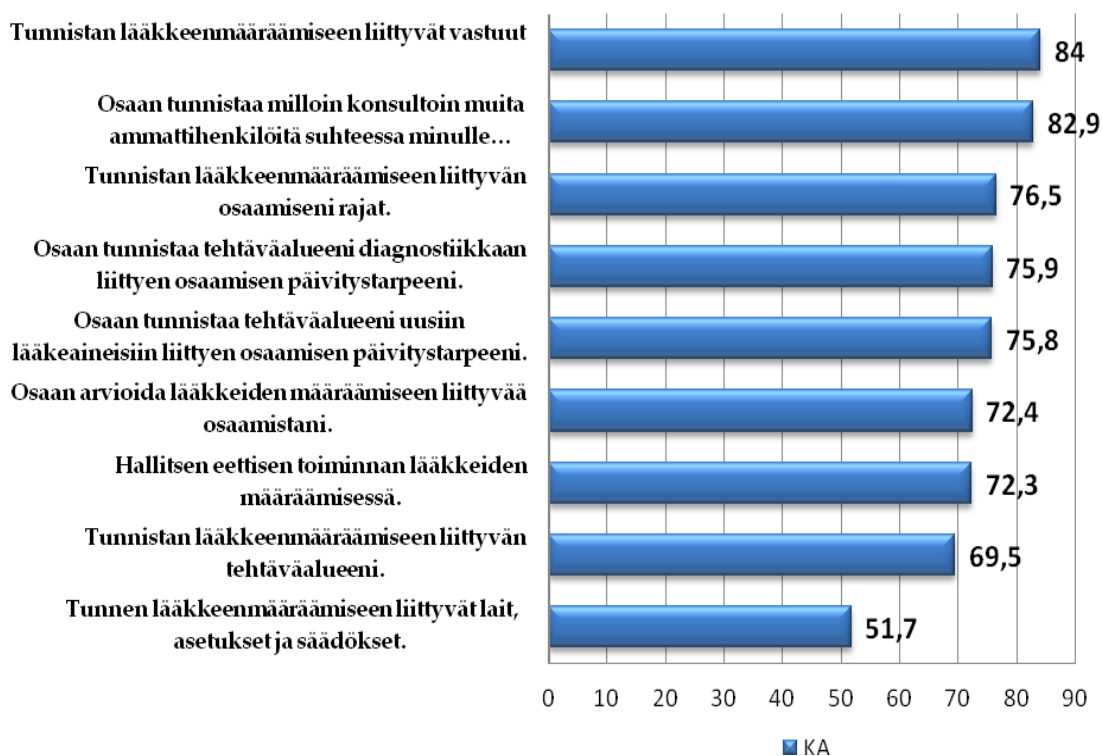
Vastauksien keskiarvot on esitetty kuviossa 6. Liitteessä 5 on esitetty väittämien vastauksien keskiarvo, mediaani, keskihajonta sekä pienin ja suurin arvo osa-alueittain. Keskiarvojen perusteella vastaajat arvioivat osaamisensa tason parhaimmaksi lääkkeenmääräämiseen liittyvien vastuiden sekä konsultoinnin tarpeen tunnistamisessa. Lääkkeen määräämiseen liittyvien vastuiden tunnistamisen osaamisväittämässä puolet arvioivat osaamisensa olevan yli 86,8.

Kaiken kaikkiaan 22 vastaajaa arvioi osaamisensa erittäin hyväksi (janan oikea laita eli 100). Vain 6 vastaajaa arvioi osaamisensa sijoittuvan janalla alle 50.

Konsultoinnin tarpeen tunnistamisen osaamista selvittäneen väittämän vaih-

teluväli oli suuri: vastauksia oli nollasta (1 vastaaja) sataan (22 vastaajaa). Seitsemän vastaajaa arvioi osaamisensa jäävän alle 50:n. Puolet vastauksista sijoittui 50:n ja 90:n välille. Vastaajista 45 arvioi osaamisensa olevan yli 90.

Eettisen ja juridisen osa-alueen väittämä ”osaan arvioida lääkkeenmääräämiseen liittyvää osaamistani” on huomion arvoinen. Vastauksien keskiarvojen perusteella väittämän osaamisen taso jäi neljänneksi huonoimmaksi tällä osa-alueella. 20 vastaajaa arvioi osaamisensa alle 50:n. Puolet vastauksista sijoittui 50:n ja 85:n välille. Yhtään nolla vastausta ei esiintynyt ja erittäin hyväksi osaamisensa arvioi 9 vastaajaa. Väittämän mediaani oli 76,6. Neljännes vastaajista arvioi osaamisensa olevan yli 88,6. Keskiarvoja tarkasteltaessa vastaajien osaaminen jäi heikoimmaksi lääkkeenmääräämiseen liittyvien lakien, asetusten ja säädösten tuntemisen osalta. Kukaan vastaajista ei arvioinut osaamistaan erittäin hyväksi, muttei myöskään ettei osaamista olisi lainkaan. Neljännes vastaajista arvioi osaamisensa olevan alle 37,0. Puolet vastauksista sijoittui 37- 69:n välille ja väittämän mediaani oli 50,7. Vain kolme vastaajaa arvioi osaamisensa ylittävän yli 90. Lääkkeenmääräämiseen liittyvän eettisen ja juridisen osaamisen osa-alueella osaamisen taso oli kokonaisuudessaan keskiarvon perusteella 73,4 %.



KUVIO 6. Eettisen ja juridisen osaamisen taso keskiarvoittain

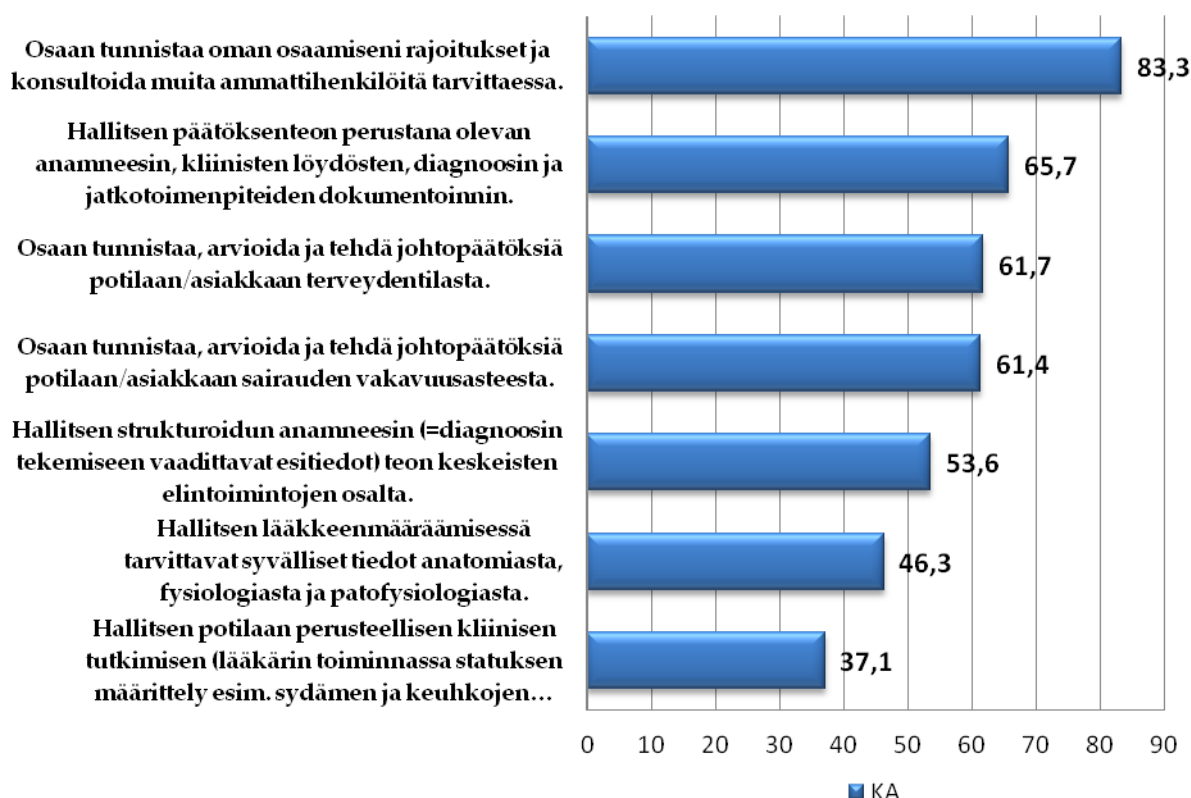
6.2 Kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioinnin osaaminen

Vastauksien keskiarvot on esitetty kuviossa 7. Lääkkeenmääräämiseen liittyvän kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioinnin osa-alueella vastaajat arvioivat osaamisensa vahvimmaksikin oman osaamisen rajoituksien ja konsultoinnin tarpeen tunnistamisen osalta. Tämän väittämän pienin vastaus oli 36,8. Loput 105 vastaajaa arvioivat osaamisensa olevan yli 50. Erittäin hyväksi osaamisensa arvioi 17 vastaajaa ja kaiken kaikkiaan 44 vastaajaa arvioi osaamisensa olevan yli 90. Väittämän mediaani oli 86,0. Päätöksenteon perustana olevan anamneesin, kliinisten löydösten, diagnoosin ja jatkotoimenpiteiden dokumentoinnin hallinta arvioitiin osa-alueen toiseksi vahvimmaksikin vastauksien keskiarvoja tarkasteltaessa. Väittämän mediaani oli 69,9. Vastaajista 13 arvioi osaamisensa jäävän alle 40:n, 14 arvioi osaamisensa olevan yli 90. Heis-

tä neljä arvioi osaamisensa erittäin hyväksi. Valtaosa vastauksista (79) sijoittui välille 40-90.

Kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioinnin osaamisen osa-alueen heikoimmiksi jäi vastauksien keskiarvojen perusteella potilaan perusteellisen kliinisen tutkimisen osaaminen ja lääkkeenmääräämisessä tarvittavien syvälisten anatomian, fysiologian ja patofysiologian tietojen hallinta. Yli puolet vastaajista arvioi osaamisensa molemmissa väittämissä jäävän alle 50:n. Potilaan perusteellisen kliinisen tutkimisen osaamisen korkein vastaus oli 87,1. Vastaajista vain yhdeksän arvioi osaamisensa ylittävän 70. Jopa 47 vastaajaa arvioi osaamisensa jäävän alle 30:n.

Lääkkeenmääräämisessä tarvittavien syvälisten anatomian, fysiologian ja patofysiologian tietojen hallintaa kuvaavassa väittämässä 30 vastaajista arvioi osaamisensa jäävän alle 30:n. Puolet vastauksista sijoittui 40:n ja 75:n välille. 12 vastaajaa arvioi osaamisensa olevan yli 75 ja yksi sen olevan sata. Lääkkeenmääräämiseen liittyvän kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioinnin osaamisen osa-alueella osaamisen taso oli kokonaisuudessaan keskiarvon perusteella 58,4 %.



KUVIO 7. Kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioinnin osaamisen tasot keskiarvoittain

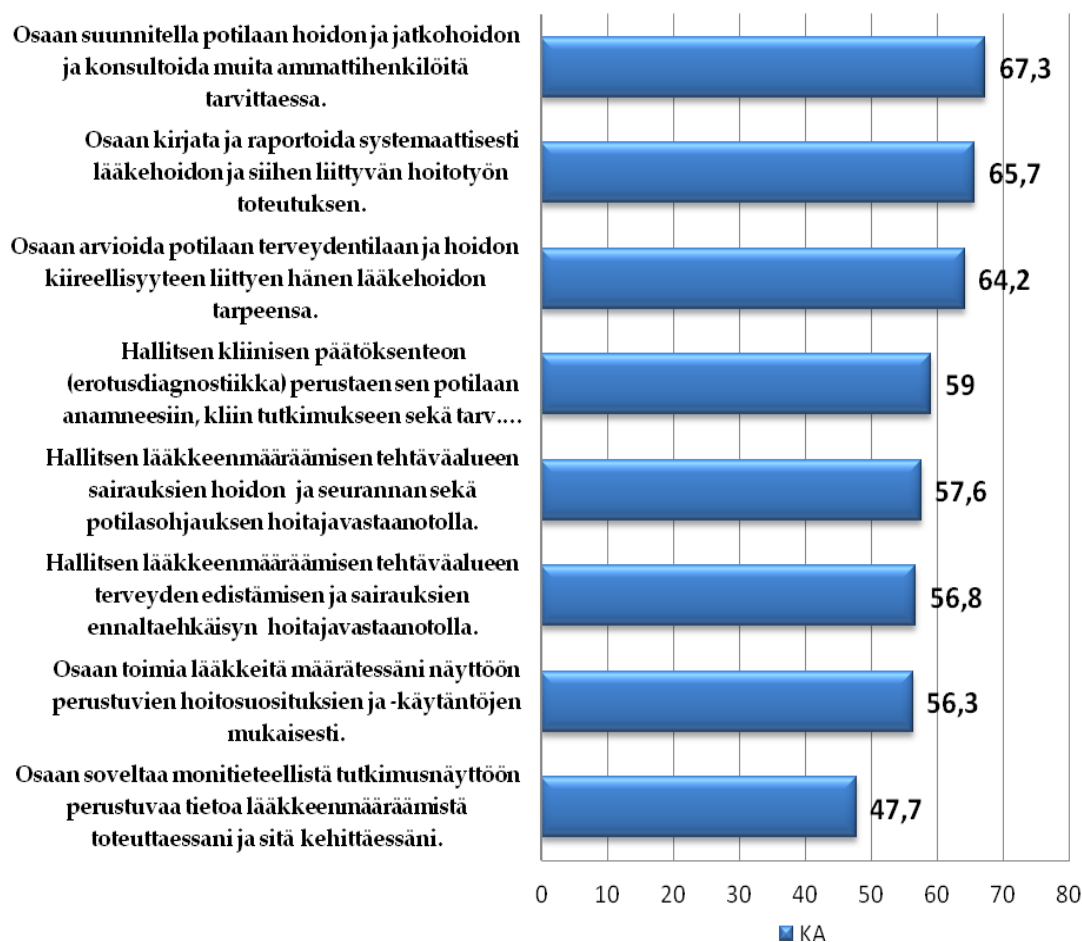
6.3 Näyttöön perustuva päätöksenteko osaaminen

Näyttöön perustuvan päätöksenteon osaamisen osa-alueen väittämien keskiarvot on esitetty kuviossa 8. Kolmessa väittämässä osaamista arvioitiin olevan keskimäärin yli 64. Keskiarvon perusteella vastaajat arvioivat omaavansa eniten osaamista potilaan hoidon ja jatkohoidon sekä muiden ammattihenkilöiden konsultointia arvioivassa väittämässä. 16 vastaajaa arvioi osaamisensa tason olevan yli 90, heistä seitsemän vastasi osaavansa asian erittäin hyvin. Yli puolet vastaajista arvioi omaavansa osaamista enemmän kuin 70 ja 23 vastaajaa arvioi osaamisensa jäävän alle 50:n. Yksi heistä arvioi, ettei hänellä ole osaamista lainkaan. Väittämän mediaani oli 69,5.

Seuraavaksi eniten keskiarvon perusteella osaamista vastaajat arvioivat omaavansa lääkehoidon ja siihen liittyvän hoitotyön toteutuksen systemaattisen kirjaamisen ja raportoinnin osalta. Yli puolet arvioi omaavansa osaamista yli 65 ja heistä 18 yli 90. Neljä vastaajista arvioi osaavansa kysytyn asian erittäin hyvin. Neljännes arvioi osaamisensa jäävän alle 50:n ja heistä vain kahdeksan vastaajaa arvioi osaamisensa jäävän alle 30:n.

Vastaajat arvioivat omaavansa osaamista kolmanneksi eniten keskiarvon perusteella potilaan terveydentilan ja hoidon kiireellisyyteen liittyvän lääkehoidon tarpeen arvioinnin osalta. Puolet vastaajista arvioi osaamisensa olevan 50:n ja 80:n välillä. Hieman yli neljännes vastaajista arvioi osaamisensa tason jäävän alle 50:n ja heistä vain yksi alle 20:n. Vastaajista 9 arvioi osaamisensa olevan yli 90, heistä 3 arvioi osaavansa asian erittäin hyvin. Väittämän mediaani oli 67,9.

Osaamisen taso arvioitiin selvästi heikoimmaksi monitieteellisen tutkimusnäyttöön perustuvan tiedon soveltamisen osaamisessa lääkkeenmäärittämisessä ja sen kehittämisessä. Yli puolet vastaajista arvioi osaamisensa jäävän alle 50:n. Suuri osa (80 %) vastauksista sijoittui 20–80:n välille ja vain 3 vastaajista arvioi osaamisensa tason olevan yli 90. Mediaani oli 46,6. Näyttöön perustuvan päätöksentekoa osaamisen osa-alueen osaamisen taso oli kokonaisuudessaan keskiarvon perusteella 59,3 %.



KUVIO 8. Näyttöön perustuvan päätöksenteko osaamisen tasot keskiarvoitain

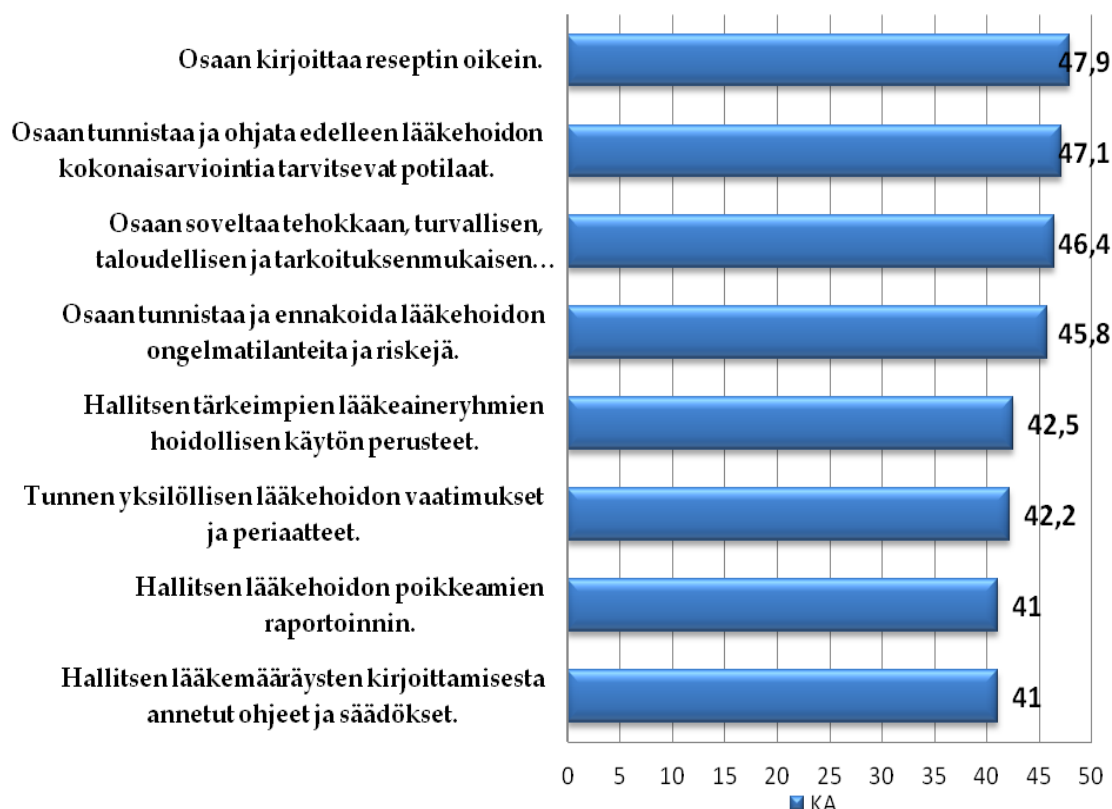
6.4 Lääkehoitoon liittyvä osaaminen

Lääkehoitoon liittyvän osaamisen väittämien keskiarvot on esitetty kuvioissa 9 ja 10. Kuviossa 9 on kuvattu kahdeksan väittämää, joissa vastaajat ovat arvioineet omaavansa eniten osaamista. Lääkkeen määräämiseen liittyvän osaamisen lääkehoitoon liittyvän osaamisen osa-alueelta vastaajat arvioivat reseptin kirjoitustaitonsa keskiarvon mukaan parhaimmaksi. Huomion arvoista oli, että väittämän vastauksien hajonta oli poikkeuksellisen suurta. 24 vastaajaa arvioi osaamista olevan vähemmän kuin 10 ja heistä seitsemän arvioi, ettei

osaamista ole lainkaan. 18 vastaajaa arvioi osaamisensa olevan yli 90 ja heistä kolme arvioi osaavansa asian erittäin hyvin. Väittämän mediaani oli 48,0.

Osa-alueen toiseksi parhaan keskiarvon sai lääkehoidon kokonaisarviointia tarvitsevien potilaiden tunnistamisen ja hoitoon edelleen ohjaamisen osaamisväittämä. Kahdeksan vastaajaa arvioi osaamisensa olevan yli 80, joista yksi arvioi osaamisensa olevan yli 90. Vastaavasti kuusi arvioi osaamisensa jäävän alle 10:n, mukana oli kolme nollavastaus. Neljännes vastaajista arvioi osaamisensa jäävän alle 30. Mediaani oli 47,0.

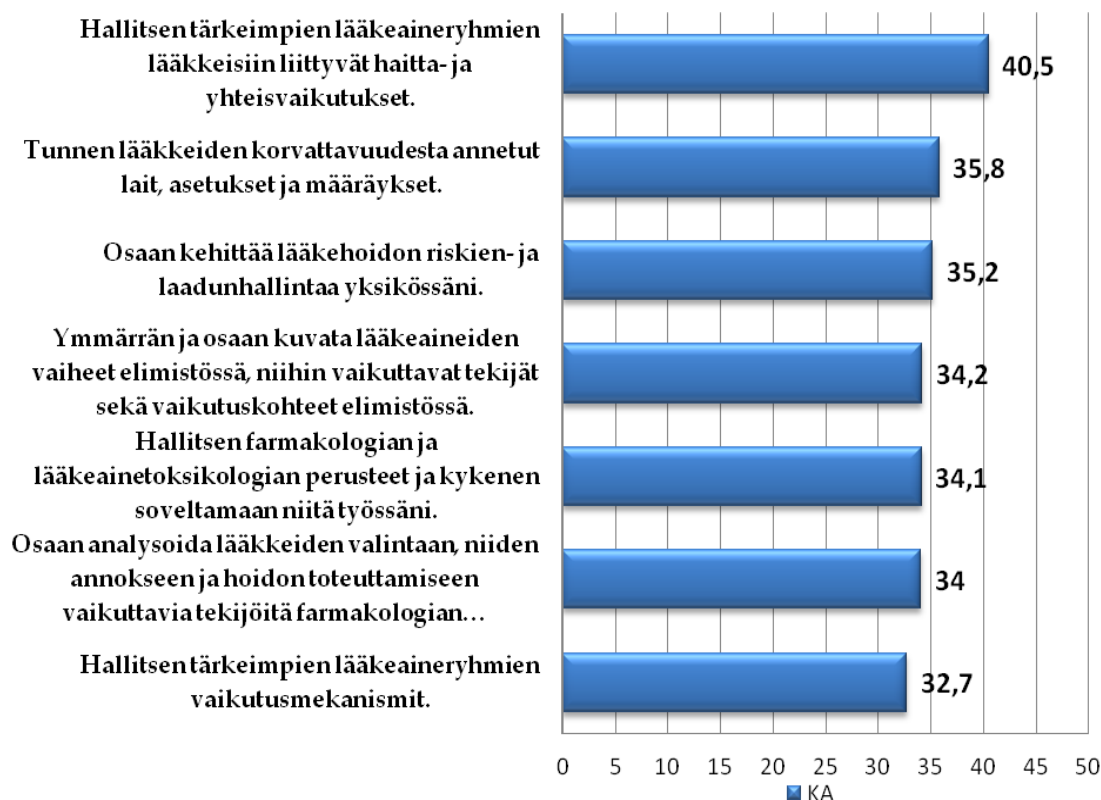
Kuviossa 9 esitettyjen väittämien keskiarvojen perusteella heikoimmaksi jäänyt lääkkeen määräämiseen liittyvän osaamisen alue oli lääkemääräysten kirjoittamisesta annettujen ohjeiden ja säädöksiä hallinta. Kuusi vastaajista arvioi osaamisensa ylittävän 90, joista yksi vastaaja arvioi osaamisen olevan erittäin hyvää. 12 vastaajista arvioi osaamisensa jäävän alle 10:n. Näistä neljä oli nollavastaus. Puolet vastaajista arvioi osaamisensa 19:n ja 60:n välille, mediaani oli 37,0.



KUVIO 9. Lääkehoitoon liittyvän osaamisen kahdeksan keskiarvoltaan parasta osaamisväittämää

Kuviossa 10 on kuvattu lääkehoitoon liittyvien osaamisväittämien keskiarvojen perusteella seitsemän heikoiten osattua väittämää. Lääkehoitoon liittyvän osaamisen heikoiten hallitut osa-alueet olivat farmakologian ja lääkeainetoksikologian perusteet ja niiden soveltaminen, lääkkeiden valintaan, niiden annokseen ja hoidon toteuttamiseen vaikuttavien tekijöiden analysointi farmakologian perustaitoja soveltaen sekä tärkeimpien lääkeaineryhmien vaikutusmekanismien hallinta. Farmakologian ja lääkeainetoksikologian perusteiden hallinnan ja soveltamisen osaamisen mediaani oli 33,4. Vain kolme vastaajaa arvioi osaamisensa ylittävän 80 ja yli neljännes vastaajista arvioi osaamisensa jäävän alle 20. 80 prosenttia vastaajista arvioi osaamisensa olevan alle 50.

Lääkkeiden valintaan, niiden annokseen ja hoidon toteuttamiseen vaikuttavien tekijöiden analysoinnin osaaminen farmakologian perustaitoja soveltaen mediaani oli 30,4. 26 vastaajaa arvioi osaamisensa olevan alle 20, joista kuusi arvioi, ettei osaamista ole lainkaan. Neljä vastaajaa arvioi osaamisensa olevan yli 80 ja 95 prosenttia vastaajista arvioi osaamisensa jäävän alle 75. Tärkeimpien lääkeaineryhmien vaikutusmekanismien hallinnan osaamista arvioivassa väittämässä 11 vastaajaa arvioi osaamisensa olevan alle 10 ja heistä kaksi arvioi, ettei osaamista ole lainkaan. Kolme vastaajaa arvioi osaamisensa ylittävän 70, heistä yksi osaamisen ylittävän yli 90. Väittämän mediaani oli 29,3. 90 prosenttia vastaajista arvioi osaamisensa jäävän alle 60. Lääkehoitoon liittyvän osaamisen osa-alueen osaamisen taso oli kokonaisuudessaan keskiarvon perusteella 40 %.



KUVIO 10. Lääkehoitoon liittyvän osaamisen seitsemän keskiarvoltaan heikointa osaamisväittämää

7 POHDINTA

7.1 Johtopäätökset

Lääkkeenmääräämiseen liittyvien osaamisalueiden väittämien kokonaiskeskiarvojen perusteella toteamme, että eettisen ja juridisen osaamisen taso arvioitiin korkeimmaksi (ka 73,4). Toiseksi korkeinta osaaminen oli näyttöön perustuvan päätöksenteko osaamisen osalta (ka 59,3). Osaaminen jäi keskiarvolisesti vain hieman heikommaksi kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioinnin osaamisen osa-alueella (ka 58,4). Osaaminen arvioitiin heikoimmaksi lääkehoitoon liittyvän osaamisen osalta (ka 40).

Kaikista lääkkeenmääräämiseen liittyvistä osaamisalueista nousi esille, että vastaajat arvioivat omaavansa jo koulutuksen alkuvaiheessa osaamista muiden ammattihenkilöiden konsultoinnin tarpeen tunnistamisessa. Vastaajat arvioivat tunnistavansa omat rajat ja vastuut lääkkeenmäärääjänä keskimääräisesti hyvin. Ilmiössä on havaittavissa yhtymäkohtia jo itsessään sairaanhoitajan ammattiin kuuluvien osaamisvaatimusten osalta, kuten moniammatillisen tiimin jäsenenä toimiminen, muiden ammattiryhmien osaamisen hyödyntäminen (konsultointi) ja dokumentoinnin osaaminen. Tulosten perusteella voidaan ajatella, että ensimmäiset lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat Suomessa tulevat olemaan huolellisia ja varovaisia lääkkeenmääräjiä. Toisaalta, koska sairaanhoitajan rooli tulee muuttumaan lääkkeenmääräämisen myötä, voidaan kysyä ovatko lisäkoulutuksensa aloittaneet vastanneet kysymyksiin vanhan roolinsa pohjalta? Vaikka he arvioivat osaamisensa olevan konsultoinnin tarpeen tunnistamisessa hyvää, tulisi koulutuksessa kiinnittää huomiota uuden itsenäisemmän roolin omaksumiseen ja sen tuomiin haasteisiin.

Eettisen ja juridisen osaamisen tason arvioitiin olevan muihin osa-alueisiin verrattuna muita korkeampi. Etenkin vastuut, konsultoinnin tarve ja osaamisen rajat osattiin tunnistaa hyvin (ka 81,1). Myös osaamisen päivitystarpeen tunnistaminen, eettinen toiminta, tehtäväalueen tunnistaminen ja oman lääkkeenmääräämiseen liittyvän osaamisen arviointi oli hyvää (ka 73,2). Lakien, asetusten ja säädösten tunteminen arvioitiin osa-alueen heikoimmaksi 51,7. Näin ollen eettisen ja juridisen osa-alueen opetuksessa tulisi painottaa lakien, asetusten ja säädösten opetusta. Uuden roolin omaksumisen jälkeen voidaan tarkemmin arvioida konsultoinnin tarpeen arvioinnin osaamista.

Kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioinnin osaamisen alueella selkeästi parhaimmaksi arvioitiin osaamisen rajojen ja konsultoinnin tarpeen tunnistaminen (83,3). Myös terveydentilan ja sairauden vakavuusasteen tunnistaminen, arviointi ja johtopäätösten teko sekä anamneesin, löydösten ym. dokumentointi arvioitiin kohtalaisen hyväksi (ka 62,9). Syvällisten tietojen hallinta (46,3) ja strukturoidun anamneesin teon osaaminen (53,6) hallittiin kohtalaisesti. Osa-alueen heikoimmaksi jäi potilaan perusteellisen kliinisen tutkimisen hallinta (37,1). Sairaanhoidajan tällä hetkellä olemassa olevista tehtävänkuvista poikkeavat osaamisväittämät potilaan kliinisen tutkimisen ja lääkehoidon tarpeen arvioinnin osalta arvioitiin keskiarvollisesti heikommiksi. Oli odotettavissa, että koulutuksen alkuvaiheessa opiskelijat arvioivat osaamistaan potilaan perusteellisen kliinisen tutkimisen osaamisen ja lääkkeenmääräämisessä tarvittavien syvällisten anatomian, fysiologian ja patofysiologian tietojen hallinnan osalta vähäisiksi. Näin ollen koulutuksessa tulisi keskittyä taitoihin, joita tarvitaan diagnoosiin pääsemiseksi, esim. potilaan kliiniseen tutkimisen osaaminen, anatomian, fysiologian ja patofysiologian osaaminen sekä anamneesin teko keskeisten elintoimintojen osalta.

Potilaan hoidon ja jatkohoidon suunnittelu, lääkehoidon tarpeen arviointi sekä kirjaaminen (ka 65,7) arvioitiin näyttöön perustuvan päätöksenteko osaamisen osa-alueella parhaimmaksi. Kliininen päätöksenteko, sairauksien hoito, terveyden edistäminen ja potilasohjaus arvioitiin kohtalaisen hyväksi (ka 57,8). Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että potilaat saavat lääkkeitä määrääviltä sairaanhoitajilta hyvää ohjausta ja neuvontaa lääkkeen määräämistilanteessa ja näin ollen lääkehoidon vaikuttavuus ja hoitoon sitoutuminen parantuu (HE 22.1.2009/283; DoHC et al. 2007, 17). Laadukas potilasohjaus on yksi keskeinen peruste sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiselle (HE 22.1.2009/283). Sairanhoitajan työnkuva sisältää potilaiden lääkehoidon ohjausta jo ennen rajattua lääkkeen määräämistä. Tulisiko kyselylomakkeen kysymystä jakaa tulevaisuudessa, jotta potilasohjauksen osaamisesta saataisiin tarkempaa tietoa?

Terveyden ammattihenkilöitä koskevassa laissa (L 28.6.1994/559, § 15) on määriteltä kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattitoiminnan päämääräksi terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Vastaajat arvioivat lääkkeen määräämisen tehtäväalueen terveyden edistämisen ja sairauksien ennaltaehkäisyn hoitajavastaanotolla näyttöön perustuvan päätöksenteko osaamisen alueelta kolmanneksi heikoimmaksi.

Toiminta näyttöön perustuvien hoitosuosittelujen mukaisesti (56,3) ja etenkin monitieteellisen tutkimusnäytön soveltaminen (47,7) jäivät näyttöön perustuvan päätöksenteko osaamisen osa-alueen heikoimmiksi. Oli yllättävää, että osaaminen arvioitiin heikoksi edellä mainituissa väittämässä, vaikka sairaanhoitajan nykyiseen ammatinkuvaan kuuluu ammattitaidon jatkuva kehittäminen (Sairanhoitajaliitto 1996) ja täydennyskoulutusvelvollisuus koskee

kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä (L 28.6.1994/559, § 18). Tulokset tukevat koulutuksen painottamista etenkin Käypä hoito-suositusten ja muun tutkimusnäytön hyödyntämiseen. Muita opetuksen painotuksia näyttöön perustuvan päätöksenteko osaamisen alueelta voisi olla: sairauksien hoito ja seuranta, sairauksien ennaltaehkäisy, potilasohjaus ja kliininen päätöksenteko (erotusdiagnostiikka). Lisäksi uusi rooli voi tuoda odottamattomia haasteita raportoinnin ja kirjaamisen osa-alueilla. Irlannissa lääkkeitä määrääville sairaanhoitajille on oma seuranta- ja raportointijärjestelmänsä jollaista lääkäreillä ei ole. Järjestelmä on koettu aikaa vieväksi ja kuormittavaksi lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien keskuudessa. (Creedon 2011.) Nähtäväksi jää millaisia raportointi- ja kirjaamiskäytänteitä Suomessa tulee olemaan ja miten ne istuvat uuteen sairaanhoitajan rooliin ja palvelevatko ne tarkoitustaan.

Lääkehoidon osaamisen osa-alueen parhaimmaksi arvioitiin reseptin kirjoituksen osaaminen (47,9), hajonta oli kuitenkin suurta. Osa vastaajista arvioi osaavansa kirjoittaa reseptin täysin oikein, mutta toisaalta, yhtä suuri joukko arvioi, ettei osaa ko. asiaa lainkaan. Onko tämä ”osaava joukko” niitä hoitajia, joilla on laajennettuna tehtävänkuvana kirjoittaa reseptejä lääkärille valmiiksi vai vaikuttaako osaamiseen jokin muu taustatekijä? Huomion arvoista on kuitenkin se, että lääkemääräysten kirjoittamisesta annettujen ohjeiden ja säädösten hallinta arvioitiin tätä heikommaksi. Lääkkeiden korvattavuudesta ja määräysten kirjoittamisesta annetut ohjeet ja säädökset hallittiin kohtalaisesti (38,4). Sairaanhoitaja tulkitsee reseptejä työssään, mutta kuinka moni oikeasti osaa ennen koulutusta kirjoittaa reseptin teknisesti oikein?

Lääkehoidon ongelmatilanteiden tunnistaminen, potilaiden edelleen ohjaaminen lääkehoidon kokonaisarviointia varten sekä tehokkaan ja turvallisen lääkehoidon soveltaminen arvioitiin (ka 46,6) kohtalaiseksi. Suurimpia puutteita

osaamisessa vastaajat arvioivat olevan etenkin farmakologian ja toksikologian perusteissa, lääkeaineiden vaikutusmekanismien ja vaiheiden kuvaamisessa sekä lääkkeen valintaan vaikuttavien tekijöiden analysoinnissa (ka 33,8). Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä osaaminen arvioitiin selvästi muiden osa-alueiden väittämiä huonommaksi.

Lääkkeenmääräämisessä tarvittavia laskutaitoja ei selvitetty kyselyssä. Warburtonin ja Kahnin (2007, 43) mukaan yhteiset käytänteet laskutaitojen testaamisessa ja opettamisessa poistaisivat paikalliset ja kansalliset variaatiot ja varmistaisivat lääkkeenmääräämiskoulutuksen suorittaneiden sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisen oikeellisuuden myös lääkkeen annoksen määrittämisen osalta. Laskutaidot vähentävät lääkitysvirheiden riskiä ja ovat potilasturvallisuuden kannalta välttämättömiä. Lääkkeenmääräämisen osaamisen arviointiin tulisi kuulua laskutaitojen testaamista lääkkeenmääräämisen kontekstissa. (Warburton & Kahn 2007, 43.) Ehdotamme, että Suomessa koulutukseen sisällytettäisiin ja koulutuksen loppuvaiheessa testattaisiin laskutaitoja lääkkeenmääräämiseen liittyen. Sairaanhoitajan työssä lääkelaskujen osaaminen on edellytys turvalliselle lääkehoidon toteuttamiselle. On kuitenkin eri asia toteuttaa jonkun muun määräämää lääkehoitoa kuin määrätä itse lääkehoitoa toteutettavaksi.

Lisäkoulutukseen valikoituneet opiskelijat ovat hakuvaiheessa esittäneet työnantajan hyväksymän listan lääkkeistä, joita tulevat aloittamaan tai jatkamaan. Tässä opinnäytetyössä taulukoissa 3 ja 4 esitettyjä tuloksia voidaan pitää siltä osin luotettavina. Vastaajista suurin osa on toiminut sairaanhoitajan tehtävissä 10-25 vuotta. Ja nykyisessä lääkkeenmääräämiseen liittyvässä tehtävässä keskimäärin 8 vuotta. Voidaan sanoa, että tutkimuksen vastaajat, toisin sanoen ensimmäiset Suomeen lääkkeitä määrääviksi sairaanhoitajiksi lisä-

koulutettavat henkilöt, ovat joukko rautaisia perusterveydenhuollossa toimivia vastaanottotyön ammattilaisia. Jos osaamistaan olisi arvioinut jokin muu esim. perusterveydenhuollon osastotyössä toimivien ammattilaisten joukko, nousisivatko samat osaamisen kehittämistarpeet heidän itsearvioinnistaan?

Koulutuksessa tulisi painottaa etenkin lääkehoidon osaamisen osa-aluetta sekä muilta osa-alueilta nousseita koulutuksen painotusehdotuksia. Opetussuunnitelman painotukset Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalaisen korkeakouluverkoston (2010, 8) mukaan ovat: lääkehoidon eettinen ja juridinen tietoperusta hoitotyössä 4-5 op; kliininen tutkiminen, päätöksenteko ja hoitotyön toteuttaminen 15 op; farmakologia ja lääkkeenmäärääminen 11-15 op ja turvallinen lääkehoito asiakastilanteissa (kliinisen työn opiskelu) 10-15op. Nämä osa-aluepainotukset koulutuksessa näyttäisivät olevan tuloksien valossa oikein kohdennettu.

7.2 Tutkimuksen eettisyys, reliabiliteetti ja validiteetti

Hyvään tutkimusetiikkaan kuuluu, että kyselylomakkeiden saatekirjeessä lupataan käsitellä tietoja luottamuksellisesti niin, että raportissa esitetään vain tilastollisia taulukoita, joista ketään yksilöä ei voi tunnistaa. Tällainen lupaus vähentää epäluuloja ja nostaa vastaushalukkuutta. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1999, 295.) Tämän kyselyn alkusanoissa mainittiin kyselyä käytettävän tutkimustarkoituksiin ja että vastaaminen oli vapaaehtoista. Lisäksi todettiin, että kysely tultaisiin toistamaan opintojen loppuvaiheilla. Koko tutkimuksen ajan vastauksia analysoitiin ja käsiteltiin hyvää tutkimusetiikkaa noudattaen anonyymisti ja luottamuksellisesti. Tässä tutkimuksessa tuloksia ei esitetty jokaisesta ammattikorkeakoulusta tai ammatti- ja ikäryhmästä erikseen, vaan

ryhmät pyrittiin muodostamaan niin suuriksi, ettei yksittäistä vastaajaa tunnisteta.

Hirsjärven et al. (2009, 231) mukaan tutkimuksen luotettavuutta voidaan pohdita monin eri tutkimus- ja mittauskeinoin. Reliaabelius tutkimuksessa merkitsee mittaustulosten toistettavuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi et al. 2009, 231). Mittauksen eri vaiheessa sattuvat satunnaisvirheet alentavat tutkimuksen reliaabeliutta. Tällaisia satunnaisvirheitä voivat olla mm: mittaajan huolimattomuudesta johtuvat virheet, vastaajan mieliala, yksittäisen vastaajan väärään luokkaan merkitseminen tai aineistoa tietokoneelle tallentavan henkilön lyöntivirheet. Intervalliasteikollista muuttujaa käytettäessä, satunnaisvirheiden odotusarvo on kuitenkin nolla. (Alkula et al. 1999, 94-95.) Tämän kyselyn reliabiliteettia lisäsi se, että kyselylomaketta testattiin ja arvioitiin ennen lähettämistä opiskelijoille. Havaintomatriisi tarkastettiin mahdollisten virheiden osalta molempien tutkijoiden toimesta ja löydetty virheet korjattiin. Reliabiliteettia lisäsi myös se, että kaikille opiskelijoille lähetettiin muistutusviesti kyselystä sähköpostitse. On kuitenkin hyvä muistaa, että kyselylomaketta käytettäessä ei voi koskaan olla aivan varma siitä, onko vastaaja suhtautunut tutkimukseen vakavasti tai kuinka vastaaja on ymmärtänyt kysymyksen (Hirsjärvi et al. 2009, 231-232).

Reliaabelius ja validius muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden. Huono reliaabelius alentaa tutkimuksen validiutta, mutta päinvastainen ei päde. Validius eli pätevyys on mittarin kyky mitata juuri sitä mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi et al. 2009, 231). Tutkimuksen validiutta tulee tarkastella tutkimuksen aikana, kun teoreettisia käsitteitä operationalisoidaan ja suunnitellaan mittaria. (Heikkilä 2001, 186). Validius liittyy suoraan mm. operationalisoinnin vaikeuteen. Abstraktisen käsitteen liittäminen empiiriseen

maailmaan edellyttää teoreettisia pohdintoja. Tutkimuksen teoria ja viitekehys ratkaisevat, miten käsitteitä lähestytään ja miten ne kannattaa määritellä. (Heikkilä 2001, 187; Alkula et al. 1999, 89.) Operationalisoinnin ja koko kyselylomakkeen kehittämisen toteuttivat asiantuntijat, eivätkä esim. opinnäytetyön tekijät. Tämä lisää tutkimuksen validiutta. Lisäksi tutkimuksen validiteettia lisäsi se, että mittari on alun alkaen kehitetty suomen kielellä, eikä näin ollen sisällä kielen kääntämisestä johtuvia virheitä tai väärinkäsityksiä (Vehkalahti 2008, 41). Tässä kyselyssä käytettiin sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä, mikä myös osaltaan parantaa validiteettia. Mittarin validiutta puolestaan alentaa se, että vastaus ”0” voi tarkoittaa joko vastaamatta jättämistä tai osaamista ei ole lainkaan.

Kyselytutkimuksissa vastaamattomuus eli kato voi monesti muodostua runsaaksi. Katoon saattaa osaltaan vaikuttaa myös kyselylomakkeen pituus. (Hirsjärvi et al. 2009, 195-196.) Kyselyyn vastaamisprosentti oli tässä tutkimuksessa hyvä. Osassa korkeakouluista järjestettiin aikaa ja tilat kyselyyn vastaamiseen (Heikkilä 2011). Koska kyselystä oli hyötyä vastaajalle itselleen, saattoi se lisätä motivaatiota vastaamiseen. Vastaaja pystyi halutessaan tallentamaan lomakkeen tiedot ja voi vertailla vastauksiaan vastattuaan koulutuksen lopussa toistettavaan kyselyyn. Yllättävän selkeissäkin asioissa on syytä olettaa, että tuloksiin sisältyy systemaattisia virheitä. Survey-tutkimuksissa virhelähde tilastoaineistossa on valehteleminen. (Heikkilä 2001, 186; Alkula et al. 1999, 90.) Tässä tutkimuksessa vastaaja saattoi valehdella tai ”kaunistella totuutta” eli osaamistaan, mikä ei ole suoraan mitattavissa. Toisaalta, koska kyseessä oli itsearviointi, jonka opiskelija tulee suorittamaan uudestaan opintojensa loppupuolella, on osaamisen lisääntymisen määrä suhteessa mahdolliseen kaunisteluun. Eli jos tutkimuksessa mitattaisiin ja vertailtaisiin osaamisen lisääntymistä, voisi kaunistelusta olla enemmän haittaa. Tutkimusjoukko

on kuitenkin vakioitu, että mahdollisen valehtelun tai kaunistelun määrän voi olettaa pysyvän vuodesta toiseen suhteellisen vakiona, eikä näin ollen vaikuta mittarin validiuteen.

7.3 Ehdotuksemme tuleviksi jatkotutkimusaiheiksi

1. Tässä opinnäytetyössä emme selvittäneet taustatietojen ja arvioidun osaamisen yhteyttä. Olisi mielenkiintoista tietää, arvioivatko esimerkiksi päivystysvastaanotolla työskentelevät vastaajat osaamisensa tason korkeammaksi kliinisen päätöksenteon ja potilaan terveydentilaan sekä hoidon kiireellisyyteen liittyvän lääkehoidon tarpeen arvioinnin osaamisessa? Jatkotutkimusehdotus koskee tässä opinnäytetyössä käytetyn aineiston uudelleen analysointia selvittämällä taustamuuttujien ja itsearvioidun osaamisen yhteyttä toisiinsa. Esimerkiksi VAS-mittarin sopivalla luokittelulla saataisiin tarkempaa tietoa kuin keskiarvoja tarkastelemalla.
2. Lääkkeen määräämisen lisäkoulutuksen loppuvaiheessa kysely tullaan toistamaan. Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen alkuvaiheen ja loppuvaiheen osaamisen vertailulla saataisiin tietoa, kuinka lisäkoulutus on kyennyt vastaamaan osaamistarpeisiin.

LÄHTEET

A 10.12.2009/1045. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta. Asetus valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 25.11.2011. [Http://www.finlex.fi/](http://www.finlex.fi/), lainsäädäntö, säädökset alkuperäisinä, 2009, 1045/2009.

A 2.12.2010/1088. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeenmääräämisestä. Asetus valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 15.9.2011. [Http://www.finlex.fi/](http://www.finlex.fi/), lainsäädäntö, säädökset alkuperäisinä, 2010, 1088/2010.

A 2.12.2010/1089. Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta. Asetus valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 15.9.2011. [Http://www.finlex.fi/](http://www.finlex.fi/), lainsäädäntö, säädökset alkuperäisinä, 2010, 1089/2010.

ABA. 2007. Collaborative Practice Agreement (CPA) for Nurses and Midwives with Prescriptive Authority. PDF. Dublin: An Bord Altranais.

ABA. 2008. Scope of Practice. An Bord Altranais News 20, 1, 6. Viitattu 6.7.2011. [Http://www.nursingboard.ie/](http://www.nursingboard.ie/), publications, newsletter archive, ABA News Vol 20 No 1 Spring 2008.pdf.

ABA. 2011. Verkkosivut. Päivitetty 21.10.2011. Viitattu 24.11.2011. http://www.nursingboard.ie/en/about_board.aspx.

ABA & National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery. 2008. The Implementation of the Review of Nurses and Midwives in the Prescribing and Administration of Medicinal Products. PDF.

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1999. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. 1.-3.p. Juva: WSOY.

ANP. 2009. CD changes promised by end of October. Viitattu 21.11.2011. [Http://anp.org.uk/tag/misuse-of-drugs/](http://anp.org.uk/tag/misuse-of-drugs/).

Bradley, E., Hynam, B. & Nolan, P. 2007. Nurse prescribing: Reflections on safety in practice. Social Science & Medicine 65, 599-609.

CIMO. 2011. Tutkintorakenteen uudistaminen. Päivitetty 26.1.2011. Viitattu 7.9.2011. [Http://www.cimo.fi/](http://www.cimo.fi/), CIMO asiantuntijana, kansainvälisen yhteistyön linjauksia ja prosesseja, bolognan prosessi korkeakoulutuksessa, tutkintorakenne.

Courtenay, M. & Carey, N. 2008. Preparing nurses to prescribe medicines for patients with diabetes: a national questionnaire survey. Journal of Advanced Nursing 61, 4, 403-412. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.

Creedon, R. 2011. MSc ja PhD student in nurse prescribing, lääkkeenmääräämiskoulutuksen koordinaattori. Corkin yliopisto (UCC). Haastattelu 21.11.2011.

DoH. 2003. Supplementary prescribing by nurses and pharmacists with the NHS in England a guide for implementation. Viitattu 10.10.2011. <http://www.dh.gov.uk/publications>, Download Supplementary prescribing by nurses and pharmacists with the NHS in England a guide for implementation. PDF.

DoH. 2006. Improving Patients' Access to Medicines: A Guide to Implementing Nurse and Pharmacist Independent Prescribing within the NHS in England. Viitattu 5.10.2011. http://www.dh.gov.uk/en/healthcare/medicines_and_pharmacy/prescriptions_and_prescribing/non-medical_prescribing_programme/background, Download Improving Patients' Access to Medicines: A Guide to Implementing Nurse and Pharmacist Independent Prescribing within the NHS in England. PDF.

DoH. 2011. Non-Medical Prescribing Programme - Background. Verkkosivut. Viitattu 12.9.2011. http://www.dh.gov.uk/en/healthcare/medicines_and_pharmacy/prescriptions_and_prescribing/non-medical_prescribing_programme/background.

DoHC. 2005. Tánaiste to bring in enabling legislation for prescribing by certain nurses and midwives. 17.10.2005. Lehdistötiedote. Viitattu 13.9.2011. <http://www.dohc.ie/>, press information, releases, 2005, tánaiste to bring in enabling legislation for prescribing by certain nurses and midwives.

DoHC, Health Service Executive, ABA& National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery. 2007. The Introduction of Nurse and Midwife Prescribing in Ireland: An Overview.

Drennan, J., Naughton, C., Allen, D., Hyde, A., Felle, P., O'Boyle, K., Treacy, P. & Butler, M. 2009. Independent Evaluation of the Nurse and Midwife Prescribing Initiative. University College Dublin.

Fagerström, L. 2011. Definition av Avancerad klinisk omvårdnad i ett nordiskt perspektiv. Teoksessa Avancerad klinisk sjuksköterska. Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis. Toim. L. Fagerström. Lund: Studentlitteratur AB, 70-75.

Fallström, C. 2011. Förskrivningsrätt. Vårdförbundet. Verkkosivut. Viitattu 11.10.2011. <https://www.vardforbundet.se/>, start, min profession, yrke och vård A - Ö, förskrivningsrätt.

Fisher, R. 2005. Relationships in nurse prescribing in district nursing practice in England: A preliminary investigation. International Journal of Nursing Practice in England 11, 102-107. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, EBSCO.

Förskrivningsrätt. 2009. Socialstyrelsen. Verkkosivut. Viitattu 15.9.2011. <http://www.socialstyrelsen.se/>, ansökan om legitimation, bevis om specialistkompe-

tens och intyg, förskrivningsrätt, sjuksköterskor.

Förskrivningsrätt för legitimerade sjuksköterskor. 2009. Socialstyrelsen. Verkkosivut. Viitattu 15.9.2011. <http://www.socialstyrelsen.se/>, ansökan om legitimation, bevis om specialistkompetens och ochintyg, förskrivningsrätt.

Hankonen, R. 2011. Uudistus vaarassa. *Tehy* 2011, 7, 50-51.

HE 22.1.2009/283. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Hallituksen esitys valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 24.9.2011. <http://www.finlex.fi/>, hallituksen esitykset, 2009, HE 283/2009.

Health Service Executive & Office of the Nursing Services Director. 2008. Guiding Framework for the Implementation of Nurse and Midwife Prescribing in Ireland. Dublin: Office of the Nursing Services Director.

Health Service Executive & Office of the Nursing Services Director. 2009. Nurse and Midwifery Medicinal Product Prescribing - Implementation Update. May 2007- May 2009. Dublin: Office of the Nursing Services Director.

Heikkilä, J. 2011. Asiantuntija ja TtT. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Haastattelu 5.10.2011.

Heikkilä, T. 2001. Tilastollinen tutkimus. 3. uud. p. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. *Selvitys Kansallisen terveystietokeskuksen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* 2005:21,

Ihalainen, R. 2009. Hoitajaresepti tulee? Pääkirjoitus 27.3.2009. *Suomen Lääkärilehti* 64, 13, 1201.

Jalonen, M. & Palola, J. 2011. Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus - mahdollisuus tehtävien ja työnjaon uudistamiseen. Yleiskirje 14.4.2011 kunnanhallituksille ja kuntayhtymille. Viitattu 11.10.2011. <http://www.kuntatyonantajat.fi/>, etusivu, ajankohtaista, yleiskirjeet, 2011, rajattu lääkkeenmääräämisoikeus - mahdollisuus tehtävien ja työnjaon uudistamiseen.

JAMK. 2011. Sairaanhoitajan lääkkeenmäärääminen 45 op lisäkoulutus. Jyväskylän ammattikorkeakoulun ammatilliset erikoistumisopinnot. Viitattu 23.11.2011. <http://www.jamk.fi/>, Koulutustarjonta, Täydennyskoulutus, Ammatilliset erikoistumisopinnot, Sairaanhoitajan lääkkeenmäärääminen 45 op lisäkoulutus.

Josefsson, K. 2011. Tio punkter för en god och säker hemsjukvård för äldre personer. Vårdförbundet & Svensk Sjuksköterskeförening, 11. Viitattu 11.10.2011.

<https://www.vardforbundet.se/>, start, agenda, pressrum, debattartiklar, tio punkter för en säker hemsjukvård.

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Laki valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 16.10.2011. <http://www.finlex.fi/>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 1994, 28.6.1994/559.

L 21.5.2010/433. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta. Laki valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 10.10.2011. <http://www.finlex.fi/>, lainsäädäntö, säädökset alkuperäisinä, 2010, 433/2010.

L 24.7.2009/558. Yliopistolaki. Laki valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 25.11.2011. <http://www.finlex.fi/>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 2009, 24.7.2009/558.

Latter, S., Maben, J., Myall, M. & Young, A. 2007. Evaluating nurse prescribers' education and continuing professional development for independent prescribing practice: findings from a national survey in England. Nurse Education Today 27, 7, 685-696.

Lockwood, E. & Fealy, G. 2008. Nurse prescribing as an aspect of future role expansion: the views of Irish clinical nurse specialists. Journal of Nursing Management 16, 7, 813-820. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, EBSCO.

London Metropolitan University. 2011. Independent and Supplementary Nurse Prescribing, SH3061. Kurssin sisältö- opas. Päivitetty 2011. Viitattu 9.7.2011. <https://intranet.londonmet.ac.uk/prog-plan/module-catalogue/3/sh/sh3061.cfm>

McHale, J. 2010. Nurse Prescribing: does more responsibility mean more litigation? British Journal of Nursing 19, 5, 315-317.

MIKSTRA - Mikrobilääkehoidon Strategiat -ohjelma. 2006. Terveydenhuollon menettelmien arviointiyksikön verkkosivuilla. Päivitetty 4.7.2007. Viitattu 16.10.2010. <http://finohta.stakes.fi/>, mikstra.

Mikstra-työryhmä. 2002. Hoitajat -liian vähän käytetty voimavara infektioiden hoidossa? Suomen Lääkärilehti 57/44, 4480-4483.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. p., uud. p. Jyväskylä: Gummerus

Moilanen, T. 2011. T & K- suunnittelija. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Henkilökohtainen tiedonanto.

NFQ. National Framework of Qualifications. 2009. Verkkosivut. Luettu 6.10.2011. [Http://www.nfq.ie/](http://www.nfq.ie/), fan diagram.

NHS & NPC. 2001. Maintaining Competency in Prescribing - An outline framework to help nurse prescribers. PDF.

NMC. 2006. Standards of proficiency for nurse and midwife prescribers. PDF.

NMC. 2008. The code: Standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives. [Http://www.nmc-uk.org/](http://www.nmc-uk.org/), nurses and midwives, the code, the code in full.

Norman, I., Coster, S., McCrone, P., Sibley, A. & Whittlesea, C. 2010. A comparison of the clinical effectiveness and costs of mental health nurse supplementary prescribing and independent medical prescribing: a post-test control group study. BMC Health Services Research 10, 4. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.

Nummenmaa, L. 2004. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.

Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2008. Eurooppalainen tutkintojen ja osaamisen viitekehys (EQF). Verkkosivut. Viitattu 6.10.2011. [Http://www.minedu.fi/](http://www.minedu.fi/), koulutus, ammatillisen koulutuksen kööpenhamina-prosessi, eurooppalainen tutkintojen ja osaamisen viitekehys (EQF).

Padmore, E. 2005. Nurse prescribing in diabetes care. Diabetic Medicine 22, 1, 18–20.

Pasternack, A. 2009. Anamneesi (esitiedot). Teoksessa Potilaan tutkiminen. Toim. H. Saha, T. Salonen ja T. Sane. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 25-42.

Pharmaceutical Society of Ireland, Health Service Executive & Nursing Services Editor. 2009. Information for Pharmacists about nurse and midwife medicinal product prescribing in Ireland. Irish Pharmacy Journal 87, 3-4, 43-46. Viitattu 6.7.2011. [Http://www.thepsi.ie/](http://www.thepsi.ie/), publications, irish pharmacy journal, IPJ Mar-Apr 2009: Vol. 87, Nos. 3-4.

Raunio, K. 1999. Positivismi ja ihmistiede sosiaalitutkimuksen perusta ja käytännöt. Helsinki: Tammer-Paino Oy

Saha, H. 2009. Status (nykytila). Teoksessa Potilaan tutkiminen. Toim. H. Saha, T. Salonen ja T. Sane. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 43-55.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Hyväksytty Sairaanhoitajaliiton liittokokouksessa 28.9.1996. Sairaanhoitajaliiton verkkosivuilla. Viitattu 15.9.2011. [Http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/), sairaanhoitajan työ ja hoitotyön osaminen, sairaanhoitajan työ, sairaanhoitajan eettiset ohjeet.

Sairaanhoitajaliitto. 2011. Sairaanhoitajan työ. Sairaanhoitajaliiton verkkosivuilla. Viitattu 15.9.2011. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/>, sairaanhoitajan työ ja hoitotyön osaaminen, hoitotyön kehittäminen, rajattu lääkkeenmääräämisoikeus.

Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto. 2010. Koulutuksen yhteiset perusteet 45 op - Suositus 2011. Suositus 21.12.2010.

Saramäki, T. 2010. Sairaanhoitajien rajattu lääkkeenmääräämisoikeus- systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 6.7.2011. <http://www.theseus.fi/>, ammattikorkeakoulut, Saimaan ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma.

Sjuksköterskeutbildning. n.d. Viitattu 24.9.2011. <http://www.sjuksköterska.nu/>, utbildning.

SOSFS 2001:16. Kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel. Socialstyrelsen. Viitattu 15.9.2011. <http://www.socialstyrelsen.se/>, SOSFS, 2001:16.

Stephenson, T. 2000. Implications of the Crown Report and nurse prescribing. Archives of Disease in Childhood 83, 3, 199-202. Viitattu 21.11.2011. <http://adc.bmj.com/content/83/3/199.full>.

STM. 2001. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako. Työolosuhteiden kehittäminen ja täydennyskoulutuksen järjestäminen 15.1.2002. Viitattu 15.9.2011. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/thprojekti/terveys1.pdf>.

STM. 2006. Turvallinen lääkehoito - Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32, 37.

STM. 2008. Arviointiselvitys vuosina 2002-2007 toteutetusta Kansallisesta terveys-hankkeesta. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutuminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:22. Viitattu 16.10.2011. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3734.pdf

STM. 2011. Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Päivitetty 21.9.2011. Luettu 5.10.2011. <http://www.stm.fi/>, vireillä, kehittämisohjelmat ja hankkeet, toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelma.

Suomen Lääkäriliitto. 2009. Sairaanhoitajille oikeus vain reseptien uusimiseen. Lääkäriliiton lausunto. Suomen Lääkärilehti 64, 15-16, 1492.

The Medicinal Products: Prescription by Nurses etc. Act 1992. Viitattu 6.10.2011.
[Http://www.legislation.gov.uk/](http://www.legislation.gov.uk/), 1992 c. 28, whole act.

The Medicinal Products: Prescription by Nurses etc. Act 1992 (Commencement No. 1) Order 1994. Viitattu 6.10.2011. [Http://www.legislation.gov.uk/](http://www.legislation.gov.uk/), 1994 No. 2408 (C. 48), whole instrument.

The Nurse Prescribers' Formulary (NPF) 2009-2011. 2009. Lontoo: BMJ Group & RPS Publishing.

Toivonen, T. 1999. Empiirinen sosiaalitutkimus filosofia ja metodologia. Porvoo: WSOY.

Tyler, C. & Hicks, C. 2001. The occupational profile and associated training needs of the nurse prescriber: an empirical study of family planning nurses. Journal of Advanced Nursing 35, 5, 644-653. [Http://www.jamk.fi/kirjasto/](http://www.jamk.fi/kirjasto/); Nelli-portaali, EBSCO.

Umeå'n yliopisto. 2011. Läkemedelsbehandling och förskrivningsrätt för sjuksköterskor 15.0 hp. Kurssin sisältö-opas. Viitattu 15.7.2011.
[Http://www.umu.se/utbildning/program-kurser/kurs/?currentView=syllabus&code=3OM198](http://www.umu.se/utbildning/program-kurser/kurs/?currentView=syllabus&code=3OM198)

Vallimies-Patomäki, M. & Kaartamo, P. 2009. Askeleen edellä Irlannissa. Sairaanhoitaja-lehti 2009, 5. Viitattu 13.9.2011.
[Http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/5_2009/muut_artikkelit/askeleen_edella_irlannissa/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/5_2009/muut_artikkelit/askeleen_edella_irlannissa/)

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Warburton, P. & Kahn, P. 2007. Improving the numeracy skills of nurse prescribers. Nursing Standard 21, 28, 40-43. [Http://www.jamk.fi/kirjasto/](http://www.jamk.fi/kirjasto/); Nelli-portaali, EBSCO.

Wilhelmsson, S. & Foldevi, M. 2003. Exploring views on Swedish district nurses' prescribing - a focus group study in primary health care. Journal of Clinical Nursing 12, 643-644. [Http://www.jamk.fi/kirjasto/](http://www.jamk.fi/kirjasto/); Nelli-portaali, EBSCO.

Wilskman, K. 2006. Järkevälle toiminnalle luotava edellytykset. Sairaanhoitaja-lehti 2006, 8. Viitattu 24.11.2011.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/8_2006/muut_artikkelit/jarkevalle_toiminnalle_luotava_e/.

LIITTEET

Liite 1. Itsenäisesti lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat Englannissa saavat määrätä seuraavan listan mukaisia huumausaineiksi luokiteltavia lääkevalmisteita eritellyissä terveyttä uhkaavissa tiloissa

Vaikuttava aine	Antoreitti	Tila
buprenorfiini	Ihon läpi (laastari)	palliativinen hoito
klooridiatsepoksidi	suun kautta	alkoholin vieroitusoireisiin
kodeiini	suun kautta	
Difenoksilaatti ja atropiinisulfaatti (engl. <i>co-phenotrope</i>)	suun kautta	
morfiini	suun kautta, parenteraalisesti tai rektaalisesti	palliativinen hoito, sydän infarkti, akuutti kova kipu trauman seurauksena, postoperatiivinen kivun hoito
diatsepaami	suun kautta, parenteraalisesti, rektaalisesti	palliativinen hoito, kouristuskohtaus
engl. <i>dihydrocodeine tartrate</i>	suun kautta	
fentanyl	ihon läpi (laastari)	palliativinen hoito
loratsepaami	suun kautta tai parenteraalisesti	palliativinen hoito, kouristuskohtaus
midatsolaami	suun kautta, bukkalisesti	palliativinen hoito, kouristuskohtaus
oksikodoni	suun kautta tai parenteraalisesti	palliativinen hoito

(DoH 2006, 65-66.)

Liite 2. Sairaanhoidajan määrättävissä olevat lääkeaineet Ruotsissa

	Vaikuttava aine	Indikaatio	Huomio
1. Suu ja nielu	natriumfluoridi	Korkea kariesriski samanaikaisen suun kuivuuden kanssa	Imeskelytabletti, purukumi, suuvesi
	yhdistelmät		
	amfoterisiini	Suun sieni-infektio	Imeskelytabletti
	nystatiini		Oraalisuspensio
	triamsinoloni	Aftat suun limakalvolla	Pasta suuonteloon, ei lapsille
	mm. asikloviiri ja pensikloviiri	Herpesviruksen aiheuttama suun haavauma	Ei alle 12-vuotiaille lapsille
2. Maha ja suo- listo	mm. ranitidiini ja omepratsoli	Oireiden lievitys tilapäisissä ylivatsakivuissa ja närästyksessä	Reseptivapaita lääkevalmisteita
	algiinihappo	Oireiden lievitys pallean vajaatoiminnassa, mahahappojen takaisinvirtauksessa ja närästyksessä	
	silikonit	Pikkuvauvojen koliikki ja aikuisten ilmavaivat	
	parafiini	Ummetus	Parafiiniemulsio
	mm. laktuloosi		Reseptivapaita lääkevalmisteita
	mm. loperamidi	Oireiden lievitys epäselvässä ripulissa	
	mm. glukokortikoideja sisältävät lääkeaineet, lidokaiini	Tilapäiset anaaliset vaivat	
3. Ravitsemus	monivitaamiinit, yhdistelmät	Vitamiinien ja hivenaineiden saannin riittämättömyys ravinnosta ja lisääntynyt tarve	
	kalsium, yhdistelmät	Kalsiumvajeen ja osteoporoosin ehkäisy	Reseptivapaita lääkevalmisteita
4. Haavanhoito	klooriheksidiini	Haavan desinfiointi	
	esim. vetyperoksidi, kaliumpermanganaatti	Erittävä ja infektoitunut haava	Kaliumpermanganaatti 0,05 %, 0,1 %
	sinkkisidos	Laskimoperäinen säärihaava	
	lidokaiini	Kivulias haava	
5. Ihoinfektiot	nystatiini	Vaippa-alueen ja ihon hiertymien hiivatulehdukset	
	imidatsoli- ja triatsoli-johdokset		
	terbinafiini	Jalkasieni	
	hydrokortisoni plus edellä esitetyt sienilääkkeet	Häiritsevästi kutisevat ihon hiertymien hiivatulehdukset ja jalkasieni	
	vetyperoksidi	Märkärupi	

	Vaikuttava aine	Indikaatio	Huomio
6. Ihottuma	miedot glukokortikoidit	Ihottuma	
	keskivahvat glukokortikoidit	Akuutit ihottumat eri syntymekanismein	
	vahvat glukokortikoidit	Akuutit ja krooniset ihottumat eri syntymekanismein	Voide, rasva max. 30 g pakkaus
	hydrokortisoni plus anti-biootti	Sekundääri-infektoitunut ihottuma	Vain lyhyt hoitoaika
7. Kasvot ja hiuspohja	mm. atselaiinihappo, tretinoiini, adapaleeni	Lievän acne vulgariksen ulkoinen hoito	
	esim. ketokonatsoli	Hilseily ja seborrooinen dermatiitti hiuspohjassa	
	mm. permetriini ja malationi	Päätäit ja satiaiset	
8. Iho	karbamidi, muut ihoa suojaavat ja kosteuttavat aineet	Kuiva iho	
	salisyylihappovalmisteet	Rupien ja hilseen poistaminen iholta	
	hepariini ja hepariinia sisältävät paikallisvalmisteet	Verenpurkaumat ja tromboflebitit	
	lidoakaiinin ja prilokaiinin yhdistelmä	Ihon pintapuudutus, esim. haavarevision yhteydessä	
	sinkkioksidivalmisteet, klemastiini	Tilapäinen kutina	
	disulfiraami, yhdisteet	Syyhy	
	silikonivalmisteet	Kosteutta hylkiväksi ihonsuojaksi	
9. Infektiot	fenyksimetyyliipenisilliini (V-penisilliini)	Viljelyllä varmistettu tulirosko; tonsilliittipotilas samassa taloudessa tuliroskoa sairastavan kanssa	
	mebendatsoli, pyriiniembonaatti	Kihomadot	
	mebendatsoli	Suolinkaiset	
10. Virtsatiet ja sukupuolielimet	estrioli, estradioli	Paikalliset estrogeenin puutosoireet	Vaginaalisesti
	lidokaiini, prilokaiini	Paikallispuudutus katetroinnin yhteydessä	
11. Äitiyshuolto	oksitosiini	imetyksen stimulointi	Nenään

	Vaikuttava aine	Indikaatio	Huomio
12. Kipu	mm. ibuprofeini, asetyylisalisyylihappo, parasetamoli	Tilapäinen lievä ja kohtalainen kipu	
	mm. diklofenaakki, keto-profeini, naprokseeni	Kuukautiskivut ilman elimellistä syytä	Suun kautta
	mm. diklofenaakki, keto-profeini	Paikallinen kivunlievitys tilapäisissä lihas- ja nivelvammoissa	
13. Korva-nenä-kurkku	mm. oksimetasoliini	Nuha	
	mm. beklometasoni, budesonidi, flutikasoni	Allerginen nuha	
	flutikasonifuroaatti		Ei alle 12- vuotiaille lapsille
	mm. setiritsiini	Allerginen nuha ja sidekalvontulehdus	
	mm. hydrokortisoni plus anti-infektiivinen aine	Ulkoinen otiitti	
14. Silmät	mm. nafatsoliini, emedatsiini	Allerginen sidekalvontulehdus	
	kloramfenikoli, fusidiinihappo	Bakteerin aiheuttama sidekalvontulehdus	
	bibrokatoli	Lievempi ulkoinen silmätulehdus	
	mm. keinokynelvalmisteet, karbomeeri	Kuivasilmäisyys	
15. Muut	mm. skopolamiini	Tilapäinen pahoinvointi	Ei lapsille tai raskaana oleville naisille
	skopolamiini	Matkapahoinvointi	Laastari, ei alle 10- vuotiaille lapsille
	dimenhydrinaatti		Ei lapsille tai raskaana oleville naisille
	syklitsiini		Ei alle 6- vuotiaille lapsille
	meklotsiini		Ei alle 1- vuotiaille lapsille
	nikotiini	Tupakoinnin lopettamiseen liittyvien vieroitusoireiden lievittäminen	
	mm. noskapiini	Yskä	
	ibuprofeini, parasetamoli	Kuume	
	aseyyilisalisyylihappo		Ei alle 18-vuotiaille lapsille
		Injektion valmistaminen käyttökuntoon	Steriiliä vettä injektioihin ja natriumkloridiliuosta injektio-liuosten valmisteluun
	hiilihydraatti	Tilapäinen elimistön kuivuminen	Glukoosi 50 mg/ml

(SOSFS 2001:16, § 1 bilaga)

Liite 3. Sairaanhoidajan, terveydenhoidajan ja kätilön määrättävissä olevat lääkkeet Suomessa.

Lääkityksen aloittaminen

ATC-luokka	Lääke	Tautitila	Rajaus
N01BB20	Lidokaiini-prilokaiini laastari tai emulsiovoide	Ihon pintapuudutus	
J07BB	Influenssarokotteet	tartuntataudin ennaltaehkäisy	
J07BC	Hepatiittirokotteet	tartuntataudin ennaltaehkäisy	*
J07BK	Vesirokkorokotteet	tartuntataudin ennaltaehkäisy	*
J01CE02	Fenoksimetyylipenisilliini (V-penisilliini)	nieluviljelyllä tai StrA-pikatestillä varmennetun nielu-tulehduksen hoito	*
J01DB01	Kefaleksiini	nieluviljelyllä tai StrA-pikatestillä varmennetun nielu-tulehduksen hoito, kun potilaalla on penisilliiniallergia	*
J01CA08	Pivmesillinaamihydrokloridi	äkillinen, komplisoitumaton alempien virtsateiden tulehdus muuten terveellä naisella	Ei raskaana oleville Ei miehille *
J01EA01	Trimetopriimi	äkillinen, komplisoitumaton alempien virtsateiden tulehdus muuten terveellä naisella	Ei raskaana oleville Ei miehille *
S01AA01	Kloramfenikoli tipat ja voide	märkäinen silmän sidekalvon tulehdus	
S01AA13	Fusidiinihappo tipat	märkäinen silmän sidekalvon tulehdus	
G03A G02BA03 G02BB01	Hormonaaliset ehkäisyvalmisteet	raskauden ehkäisy	Alle 35- vuotiaalle naiselle *
	Itsehoitolääkkeet	lääkevalmisteiden käyttöaiheen mukaisesti	

* ei alle 12 -vuotiaille lapsille

(A 2.12.2010/1088, § 5)

Lääkityksen jatkaminen hoitosuunnitelman mukaisesti

ATC-luokka	Lääke	Tautitila	Rajaus
C03	Diureetit	verenpainetaudin hoito	*
C07	Beetasalpaajat	verenpainetaudin hoito	*
C09A C09BA	ACE:n estäjät	verenpainetaudin hoito	*
A10BA02	Metformiini	tyypin 2 diabeteksen hoito	*
A10BB	Sulfonyyliurea	tyypin 2 diabeteksen hoito	*
B01AA03	Varfariini	kroonisen eteisvärinän hoito	Ei tekoläppä- potilaalle *
C10AA	HMG-CoA-reduktaasin estäjät (statiinit)	dyslipidemian hoito	Ei perinnölliseen dyslipidemiaan *
R03BA01	Beklometasoni	astman hoito	*
R03BA02	Budesonidi	astman hoito	*
R03BA05	Flutikasoni	astman hoito	*
R03AC02	Salbutamoli	astman hoito	*
R03AC03	Terbutaliini	astman hoito	*
	Perusvoiteet	pitkäaikaisen ihosairauden hoito	
G03A G02BA03 G02BB01	Hormonaaliset ehkäisyvalmisteet	raskauden ehkäisy	alle 35 - vuotiaalle naiselle *
	Itsehoitolääkkeet	lääkevalmisteiden käyttöaiheen mukaisesti	

* ei alle 12 -vuotiaille lapsille

(A 2.12.2010/1088, § 5)

Liite 4. Kyselylomake lääkkeen määräämisen lisäkoulutuksen aloittaneille opiskelijoille

Tämän kyselyn tarkoituksena arvioida lääkkeenmääräämiskoulutuksen käynnistyessä koulutuksen aloittavien sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden lääkkeenmääräämiseen liittyvää osaamista.

Pyydämme sinua arvioimaan lääkkeenmääräämisen osaamistasi suhteessa valtioneuvoston koulutusasetuksessa määriteltuihin tavoitteisiin. Koulutuksen tavoitteena on tuottaa osaamisen itsenäiseen uuteen rooliin ja siinä toimimiseen kaikkien lääkkeiden osalta rajoittumatta STM lääkkeenmääräämisasetuksen liitteessä olevaan lääkelistaan.

Voit hyödyntää kyselyyn vastaamista myös oman opiskelusi tavoitteiden määrittelyssä, sillä vastatessasi perehdyt rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyydessä edellytettävään osaamiseen. Voit tulostaa ja/tai tallentaa omalle tietokoneelle jokaisen sivun kerrallaan vastatuasi kysymyksiin. Näin saat vastaukset itsellesi talteen ja voit hyödyntää niitä oppimistavoitteidesi asettamisessa.

Tätä kyselyä käytetään tutkimustarkoituksiin, joten vastaaminen on vapaaehtoista. Kysely toistetaan opintojesi loppuvaiheessa. Kyselylomake tulee täyttää kerralla loppuun ja se vie noin 15 min. Kyselyyn vastaaminen edellyttää, että Internet-selaimen asetuksista on Javascript-toiminto kytketty päälle.

Kyselyn on suunnitellut ja sen toteuttaa yhteistyössä

Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto.

A) Eettinen ja juridinen osaaminen

Seuraavaksi esitetään joukko väittämiä, jossa käytetään JANA -mittaria. Arvioi lääkkeenmääräämiseen liittyvää osaamistasi ja toimintaasi tällä hetkellä. Valitse (liuttamalla tai klikkaamalla) asteikolta kunkin väittämän kohdalta omaa käsitystäsi vastaava kohta.

1. Tunnen lääkkeenmääräämiseen liittyvät lait, asetukset ja säädökset.

En lainkaan Erittäin hyvin

2. Tunnistan lääkkeenmääräämiseen liittyvän tehtäväalueeni.

En lainkaan Erittäin hyvin

3. Tunnistan lääkkeenmääräämiseen liittyvän osaamiseni rajat.

En lainkaan Erittäin hyvin

4. Tunnistan lääkkeenmääräämiseen liittyvät vastuut.

En lainkaan

Erittäin hyvin

5. Osaan tunnistaa milloin konsultoin muita ammattihenkilöitä suhteessa minulle määritelyyn lääkkeenmääräämisen tehtäväkuvaani.

En lainkaan

Erittäin hyvin

6. Hallitsen eettisen toiminnan lääkkeiden määräämisessä.

En lainkaan

Erittäin hyvin

7. Osaan arvioida lääkkeiden määräämiseen liittyvää osaamistani.

En lainkaan

Erittäin hyvin

8. Osaan tunnistaa tehtäväalueeni diagnostiikkaan liittyen osaamisen päivitystarpeeni.

En lainkaan

Erittäin hyvin

9. Osaan tunnistaa tehtäväalueeni uusiin lääkeaineisiin liittyen osaamisen päivitystarpeeni.

En lainkaan

Erittäin hyvin

B) Kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioinnin osaaminen

Seuraavaksi esitetään joukko väittämiä, jossa käytetään JANA -mittaria. Arvioi lääkkeenmääräämiseen liittyvää osaamistasi ja toimintaasi tällä hetkellä. Valitse (liuttamalla tai klikkaamalla) asteikolta kunkin väittämän kohdalta omaa käsitystäsi vastaava kohta

10. Hallitsen lääkkeenmääräämisessä tarvittavat syvälliset tiedot anatomiasta, fysiologiasta ja patofysiologiasta.

En lainkaan

Erittäin hyvin

11. Hallitsen strukturoidun anamneesin (=diagnoosin tekemiseen vaadittavat esitiedot) teon keskeisten elintoimintojen osalta.

En lainkaan

Erittäin hyvin

12. Hallitsen potilaan perusteellisen klinisen tutkimisen (lääkärin toiminnassa statuksen määrittely esim. sydämen ja keuhkojen auskultointi jne).

En lainkaan

Erittäin hyvin

13. Osaan tunnistaa, arvioida ja tehdä johtopäätöksiä potilaan/asiakkaan terveydentilasta.

En lainkaan

Erittäin hyvin

14. Osaan tunnistaa, arvioida ja tehdä johtopäätöksiä potilaan/asiakkaan sairauden vakavuusasteesta.

En lainkaan

Erittäin hyvin

15. Osaan tunnistaa oman osaamiseni rajoitukset ja konsultoida muita ammattihenkilöitä tarvittaessa.

En lainkaan

Erittäin hyvin

16. Hallitsen päätöksenteon perustana olevan anamneesin, klinisten löydösten, diagnoosin ja jatkotoimenpiteiden dokumentoinnin.

En lainkaan

Erittäin hyvin

C) Näyttöön perustuva päätöksenteko osaaminen

Seuraavaksi esitetään joukko väittämiä, jossa käytetään JANA -mittaria. Arvioi lääkkeenmääräämiseen liittyvää osaamistasi ja toimintaasi tällä hetkellä. Valitse (liuttamalla tai klikkaamalla) asteikolta kunkin väittämän kohdalta omaa käsitystäsi vastaava kohta

17. Hallitsen kliinisen päätöksenteon (erotusdiagnostiikka) tehtäväalueellani perustaen sen potilaan anamneesiin, kliiniseen tutkimukseen sekä tarvittaessa laboratoriotutkimuksiin.

En lainkaan

Erittäin hyvin

18. Osaan soveltaa monitieteellistä tutkimusnäyttöön perustuvaa tietoa lääkkeenmääräämistä toteuttaessani ja sitä kehittäessäni.

En lainkaan

Erittäin hyvin

19. Osaan arvioida potilaan terveydentilaan ja hoidon kiireellisyyteen liittyen hänen lääkehoidon tarpeensa.

En lainkaan

Erittäin hyvin

20. Osaan suunnitella potilaan hoidon ja jatkohoidon ja konsultoida muita ammattihenkilöitä tarvittaessa.

En lainkaan

Erittäin hyvin

21. Osaan toimia lääkkeitä määrätessäni näyttöön perustuvien hoitosuosituksien ja -käytäntöjen mukaisesti.

En lainkaan

Erittäin hyvin

22. Hallitsen lääkkeenmääräämisen tehtäväalueen terveyden edistämisen ja sairauksien ennaltaehkäisyn hoitajavastaanotolla.

En lainkaan

Erittäin hyvin

23. Hallitsen lääkkeenmääräämisen tehtäväalueen sairauksien hoidon ja seurannan sekä potilasohjauksen hoitajavastaanotolla.

En lainkaan

Erittäin hyvin

24. Osaan kirjata ja raportoida systemaattisesti lääkehoidon ja siihen liittyvän hoitotyön toteutuksen.

En lainkaan

Erittäin hyvin

D)Lääkehoitoon liittyvä osaaminen

Seuraavaksi esitetään joukko väittämiä, jossa käytetään JANA -mittaria. Arvioi lääkkeen määräämiseen liittyvää osaamistasi ja toimintaasi tällä hetkellä. Valitse (liuttamalla tai klikkaamalla) asteikolta kunkin väittämän kohdalta omaa käsitystäsi vastaava kohta

25. Osaan soveltaa tehokkaan, turvallisen, taloudellisen ja tarkoituksenmukaisen lääkehoidon periaatteita lääkkeitä valitessani.

En lainkaan

Erittäin hyvin

**26. Hallitsen farmakologian ja lääkeainetoksikologian perusteet ja kykenen sovelta-
maan niitä työssäni.**

En lainkaan

Erittäin hyvin

**27. Ymmärrän ja osaan kuvata lääkeaineiden vaiheet elimistössä, niihin vaikuttavat
tekijät sekä vaikutuskohteet elimistössä.**

En lainkaan

Erittäin hyvin

28. Hallitsen tärkeimpien lääkeaineryhmien vaikutusmekanismit.

En lainkaan

Erittäin hyvin

29. Hallitsen tärkeimpien lääkeaineryhmien hoidollisen käytön perusteet.

En lainkaan

Erittäin hyvin

**30. Hallitsen tärkeimpien lääkeaineryhmien lääkkeisiin liittyvät haitta- ja yhteisvaiku-
tukset.**

En lainkaan

Erittäin hyvin

31. Tunnen yksilöllisen lääkehoidon vaatimukset ja periaatteet.

En lainkaan

Erittäin hyvin

32. Osaan analysoida lääkkeiden valintaan, niiden annokseen ja hoidon toteuttamiseen vaikuttavia tekijöitä farmakologian perustietoja soveltaen.

En lainkaan

Erittäin hyvin

33. Osaan tunnistaa ja ohjata edelleen lääkehoidon kokonaisarviointia tarvitsevat potilaat.

En lainkaan

Erittäin hyvin

34. Hallitsen lääkemääräysten kirjoittamisesta annetut ohjeet ja säädökset.

En lainkaan

Erittäin hyvin

35. Tunnen lääkkeiden korvattavuudesta annetut lait, asetukset ja määräykset.

En lainkaan

Erittäin hyvin

36. Osaan kirjoittaa reseptin oikein.

En lainkaan

Erittäin hyvin

37. Osaan tunnistaa ja ennakoida lääkehoidon ongelmatilanteita ja riskejä.

En lainkaan

Erittäin hyvin

38. Hallitsen lääkehoidon poikkeamien raportoinnin.

En lainkaan

Erittäin hyvin

39. Osaan kehittää lääkehoidon riskien- ja laadunhallintaa yksikössäni.

En lainkaan

Erittäin hyvin

40. Sukupuolesi

- ☐ Nainen
☐ Mies

41. Ikäsi _____

42. Tutkintosi

- ☐ Sairaanhoitaja
☐ Sairaanhoitaja(amk)
☐ Terveystenhoitaja
☐ Terveystenhoitaja(amk)
☐ Kätilö
☐ Kätilö(amk)

43. Lisä- ja täydennyskoulutukset (erikoistumisopinnot, tehtäväsiirtoihin liittyvä koulutus, lääkehoitoon liittyvä koulutus) ja niiden laajuudet

44. Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan pääasialliset nykyiset tehtäväni

- ☐ Päivystysvastaanotto
☐ Pitkäaikaissairauksiin liittyvä vastaanottotoiminta
☐ Lisääntymisterveyden edistäminen
☐ Tartuntatautien ehkäisy, rokotteet
☐ Jokin muu, mikä _____

45. Työkokemus sairaanhoitajan tehtävissä

- ☐ alle 5 vuotta
☐ 5 - alle 10 vuotta
☐ 10 - alle 15 vuotta
☐ 15 - alle 20 vuotta
☐ 20 - alle 25 vuotta
☐ 25 - alle 30 vuotta
☐ 30 vuotta ja enemmän

46. Työkokemus lääkkeen määräämiseen liittyvässä tehtävässä

- ☐ 3 vuotta
- ☐ 4 vuotta
- ☐ 5 vuotta
- ☐ 6 vuotta
- ☐ 7 vuotta
- ☐ 8 vuotta
- ☐ 9 vuotta
- ☐ 10 vuotta
- ☐ 11 vuotta
- ☐ 12 vuotta
- ☐ 13 vuotta
- ☐ 14 vuotta
- ☐ 15 vuotta
- ☐ yli 15 vuotta

47. Mitä laajennettuja lääkkeisiin ja diagnostiikkaan liittyviä tehtäviä sinulla on tällä hetkellä?

48. Lääkkeet joita tulen nykyisestä listasta määräämään

- ☐ Lidokaiini-prilokaiini laastari ja emulsiovoide
- ☐ Influenssarokotteet
- ☐ Hepatiittirokotteet
- ☐ Vesirokkorokotteet
- ☐ Fenoksimetyylipenisilliini
- ☐ Kefaleksiini
- ☐ Pivmesillinaamihydrokloridi
- ☐ Trimetopriimi
- ☐ Kloramfenikoli-silmätipat ja -voide
- ☐ Fusidiinihappo -silmätipat
- ☐ Hormonaaliset ehkäisyvalmisteet
- ☐ Itsehoitolääkkeet
- ☐ Diureetit
- ☐ Beetasalpaajat
- ☐ ACE:n estäjät
- ☐ Metformiini
- ☐ Sulfonyyliurea
- ☐ Varfariini
- ☐ HMG-CoA-reduktaasin estäjät (statiinit)
- ☐ Beklometasoni
- ☐ Budesonidi
- ☐ Flutikasoni
- ☐ Salbutamoli
- ☐ Terbutaliini
- ☐ Perusvoiteet

49. Koulutukseni käynnistyi

- ☐ keväällä 2011
- ☐ syksyllä 2011
- ☐ keväällä 2012
- ☐ syksyllä 2012
- ☐ keväällä 2013
- ☐ syksyllä 2013

50. Ammattikorkeakoulu jossa opiskelen nyt

- ☐ Diakonia-ammattikorkeakoulu
- ☐ Hämeen ammattikorkeakoulu
- ☐ Jyväskylän ammattikorkeakoulu
- ☐ Kajaanin ammattikorkeakoulu
- ☐ Kymenlaakson ammattikorkeakoulu
- ☐ Lahden ammattikorkeakoulu
- ☐ Laurea-ammattikorkeakoulu
- ☐ Metropolia Ammattikorkeakoulu
- ☐ Mikkelin ammattikorkeakoulu
- ☐ Oulun seudun ammattikorkeakoulu
- ☐ Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu
- ☐ Saimaan ammattikorkeakoulu
- ☐ Satakunnan ammattikorkeakoulu
- ☐ Savonia-ammattikorkeakoulu
- ☐ Seinäjoen ammattikorkeakoulu
- ☐ Tampereen ammattikorkeakoulu
- ☐ Turun ammattikorkeakoulu
- ☐ Yrkeshögskolan Novia
- ☐ Jokin muu, mikä _____

Liite 5. Väittämien vastauksien keskiarvo, mediaani, keskihajonta sekä pienin ja suurin arvo osa-alueittain

Eettinen ja juridinen osaaminen	KA	Mediaani	Keski-hajonta	Pienin	Suurin
Tunnistan lääkkeenmääräämiseen liittyvät vastuut	84	87,6	17,4	3,6	100
Osaan tunnistaa milloin konsultoin muita ammattihenkilöitä suhteessa minulle määriteltyyn lääkkeenmääräämisen tehtäväkuvaani.	82,9	86,4	19,3	0	100
Tunnistan lääkkeenmääräämiseen liittyvän osaamiseni rajat.	76,5	78,3	20,3	5,4	100
Osaan tunnistaa tehtäväalueeni diagnostiikkaan liittyen osaamisen päivitystarpeeni.	75,9	78,1	17,5	33,9	100
Osaan tunnistaa tehtäväalueeni uusiin lääkeaineisiin liittyen osaamisen päivitystarpeeni.	75,8	77,7	17,7	18,6	100
Osaan arvioida lääkkeiden määräämiseen liittyvää osaamistani.	72,4	76,6	20	21,8	100
Hallitsen eettisen toiminnan lääkkeiden määräämisessä.	72,3	75,4	21	0	100
Tunnistan lääkkeenmääräämiseen liittyvän tehtäväalueeni.	69,5	71	21,6	17,9	100
Tunnen lääkkeenmääräämiseen liittyvät lait, asetukset ja säädökset.	51,7	50,7	20,9	5	92,9
Kliininen tutkiminen ja terveydentilan arviointi	KA	Mediaani	Keski-hajonta	Pienin	Suurin
Osaan tunnistaa oman osaamiseni rajoitukset ja konsultoida muita ammattihenkilöitä tarvittaessa.	83,3	86,1	14,3	36,8	100
Hallitsen päätöksenteon perustana olevan anamneesin, kliinisten löydösten, diagnoosin ja jatko-toimenpiteiden dokumentoinnin.	65,7	69,9	22,3	2,1	100
Osaan tunnistaa, arvioida ja tehdä johtopäätöksiä potilaan/asiakkaan terveydentilasta.	61,7	62,9	22,1	0	100
Osaan tunnistaa, arvioida ja tehdä johtopäätöksiä potilaan/asiakkaan sairauden vakavuusasteesta.	61,4	62,9	20,5	0	100
Hallitsen strukturoidun anamneesin (=diagnoosin tekemiseen vaadittavat esitiedot) teon keskeisten elintoimintojen osalta.	53,6	50,7	20,4	5,4	100
Hallitsen lääkkeenmääräämisessä tarvittavat syvälliset tiedot anatomiasta, fysiologiasta ja patofysiologiasta.	46,3	47,3	20,4	6,1	100

Hallitsen potilaan perusteellisen kliinisen tutkimisen (lääkärin toiminnassa statuksen määrittely esim. sydämen ja keuhkojen auskultointi jne).	37,1	32,7	21,5	0	87,1
Näyttöön perustuva päätöksentekosaaminen	KA	Mediaani	Keski-hajonta	Pienin	Suurin
Osaan suunnitella potilaan hoidon ja jatkohoidon ja konsultoida muita ammattihenkilöitä tarvittaessa.	67,3	69,5	21,5	0	100
Osaan kirjata ja raportoida systemaattisesti lääkeshoidon ja siihen liittyvän hoitotyön toteutuksen.	65,7	67,7	22,4	11,8	100
Osaan arvioida potilaan terveydentilaan ja hoidon kiireellisyyteen liittyen hänen lääkeshoidon tarpeensa.	64,2	67,9	20,1	13,2	100
Hallitsen kliinisen päätöksenteon (erotusdiagnostiikka) perustaen sen potilaan anamneesiin, kliiniseen tutkimukseen sekä tarvittaessa laboratorio tutkimuksiin.	59	61,2	18,9	18,9	100
Hallitsen lääkkeenmääräämisen tehtäväalueen sairauksien hoidon ja seurannan sekä potilasohjauksen hoitajavastaanotolla.	57,6	60,2	25,8	0	100
Hallitsen lääkkeenmääräämisen tehtäväalueen terveyden edistämisen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn hoitajavastaanotolla.	56,8	57,9	26,2	0	100
Osaan toimia lääkkeitä määrätessäni näyttöön perustuvien hoitosuosituksien ja -käytäntöjen mukaisesti.	56,3	60	27,1	0	100
Osaan soveltaa monitieteellistä tutkimusnäyttöön perustuvaa tietoa lääkkeenmääräämistä toteuttaessani ja sitä kehittäessani.	47,7	46,6	22,2	3,2	100
Lääkehoitoon liittyvä osaaminen	KA	Mediaani	Keski-hajonta	Pienin	Suurin
Osaan kirjoittaa reseptin oikein.	47,9	48	34,2	0	100
Osaan tunnistaa ja ohjata edelleen lääkeshoidon kokonaisarviointia tarvitsevat potilaat.	47,1	47	22,7	0	95,7
Osaan soveltaa tehokkaan, turvallisen, taloudellisen ja tarkoituksenmukaisen lääkeshoidon periaatteita lääkkeitä valitessani.	46,4	45,8	23,3	0	100
Osaan tunnistaa ja ennakoida lääkeshoidon ongelmatilanteita ja riskejä.	45,8	44,5	23,8	0	100
Hallitsen tärkeimpien lääkeaineryhmien hoidollisen käytön perusteet.	42,5	40,8	21,3	2,1	90,4
Tunnen yksilöllisen lääkeshoidon vaatimukset ja periaatteet.	42,2	40,7	22,4	0	100
Hallitsen lääkemääräysten kirjoittamisesta annetut ohjeet ja säädökset.	41	37	27,1	0	100

Hallitsen lääkehoidon poikkeamien raportoinnin.	41	40,2	28,2	0	100
Hallitsen tärkeimpien lääkeaineryhmien lääkkeisiin liittyvät haitta- ja yhteisvaikutukset.	40,5	37,5	21,2	2,9	96,1
Tunnen lääkkeiden korvattavuudesta annetut lait, asetukset ja määräykset.	35,8	30	24,6	0	90,7
Osaan kehittää lääkehoidon riskien- ja laadunhallintaa yksikössäni.	35,2	30	23,8	0	100
Ymmärrän ja osaan kuvata lääkeaineiden vaiheet elimistössä, niihin vaikuttavat tekijät sekä vaikutuskohteet elimistössä.	34,2	32	18,2	0	93,6
Hallitsen farmakologian ja lääkeainetoksikologian perusteet ja kykenen soveltamaan niitä työssäni.	34,1	33,4	19,4	0	91,8
Osaan analysoida lääkkeiden valintaan, niiden annokseen ja hoidon toteuttamiseen vaikuttavia tekijöitä farmakologian perustietoja soveltaen.	34	30,4	21,2	0	93,9
Hallitsen tärkeimpien lääkeaineryhmien vaikutusmekanismit.	32,7	29,3	19,1	0	92,9